

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PORTALEGRE**

OS IMPACTES PERCEPCIONADOS PELOS CUIDADORES INFORMAIS DO CONCELHO DE NISA

António Gonçalves Grácio

*Apresentação da Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia Social*

Orientadora: Prof^a Dra. Ana Isabel Mateus Silva

PORTALEGRE

Outubro 2014

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PORTALEGRE**

**OS IMPACTES PERCEPCIONADOS PELOS
CUIDADORES INFORMAIS DO CONCELHO DE NISA**

António Gonçalves Grácio

*Apresentação da Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia
Social*

Orientadora: Prof^ª Dra. Ana Isabel Mateus Silva

PORTALEGRE

Outubro 2014

AGRADECIMENTOS

Neste novo patamar da minha vida pessoal e académica, quando o outono da vida começa a raiar, gostaria de reiterar a minha mais sincera gratidão a todas as pessoas que me incentivaram para a construção deste projeto.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Isabel Silva, pela sua orientação constante e pela sua disponibilidade para me prestar esclarecimentos, sempre que eu a questionava e, pela amizade que se foi construindo entre nós.

À Professora Doutora Luísa Panaças, minha professora na licenciatura de Serviço Social, sempre amiga, pelo incentivo que me deu para fazer este percurso.

Aos meus professores, do curso de Mestrado de Gerontologia Social e da Saúde e muitos outros professores da ESEP, porque todos eles me apoiaram, para esta caminhada e ofereceram a sua disponibilidade.

Às minhas colegas e aos meus colegas do curso de Mestrado de Gerontologia Social e da Saúde, com quem adquiri e partilhei conhecimentos e sã convivência, com espírito de amizade e entreajuda, independentemente da diferença da idade, aprendi muito convosco, espero que tenham aprendido alguma coisa comigo.

Às Cuidadoras informais e ao Cuidador informal que cuidam dos seus familiares idosos dependentes, pelos seus depoimentos, sem vós não seria possível este trabalho.

Aos funcionários da ESEP, pela amizade e diálogo fácil que se construiu ao longo dos trajetos aí percorridos.

À minha família pelo seu apoio e tolerância durante esta viagem, à Amélia, a minha mulher, que sempre me incentivou para esta caminhada, à minha filha Ana, pelo apoio, sempre muito ocupada com o seu doutoramento, às minhas netas Maria e Francisca, a quem desejo um futuro risonho.

Por fim, em memória dos meus Pais e da minha irmã Rosária, por não terem conhecido este *design* de etapa da minha vida, senti-vos sempre presentes.

BEM HAJAM.

“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice,

Colhe pois a sabedoria,

Armazena suavidade para o amanhã”.

Leonardo da Vinci

RESUMO

O aumento do envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida trouxeram um conjunto de preocupações e responsabilidades, às famílias e às entidades sociais e da saúde, devido aos cuidados que é necessário prestar às pessoas idosas dependentes.

O papel de cuidador informal sempre existiu ao longo da história da humanidade, mas, durante o século vinte, até ao seu terceiro quartel, o papel da família foi substituída pela ciência médica, Lage (2005:204), mas, devido à crise dos sistemas sociais, de saúde e financeiro das entidades governamentais, reassume novamente a prestação de cuidados do familiar idoso.

Com o presente estudo, de carácter qualitativo, procuramos conhecer os impactes percecionados pelo cuidador informal que presta cuidados ao familiar idoso, em meio geográfico rural e em meio geográfico urbano e, para a sua avaliação, utilizamos o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada.

A amostra da população seleccionada é constituída por quatro cuidadores familiares de idosos, em que dois habitam no meio urbano e dois habitam no meio rural, são maioritariamente do género feminino e um cuidador masculino.

Os quatro cuidadores entrevistados referiram que há pouco apoio dos técnicos das instituições sociais e da saúde, não existe formação adequada para a prestação de cuidados para os cuidadores informais e que muitas vezes esta era bem-vinda.

Os cuidadores informais rurais manifestaram que estão distantes dos apoios formais, ou seja, do centro de saúde, dos apoios sociais e transportes emergentes, enquanto os cuidadores urbanos referiram que estão próximos destes meios, mas não têm a proximidade e solidariedade dos vizinhos que existem nos meios rurais.

Em termos de resultados os cuidadores informais evidenciaram impactes negativos, pela responsabilidade assumida na prestação de cuidados, com reflexos na vida familiar e social, sobrecarga emocional, profissional e financeira.

Palavras-chave: Cuidar; Cuidador informal; Idoso; Idoso dependente; Impactes.

ABSTRACT

Demographic aging and average life expectancy caused a set of concerns and responsibilities to families and social and health providers due to required care to impaired elderly.

The role of the informal carer has always had a role in human history but until the third quarter of the 20th century, family role was replaced by medical science, *Lage*, (2005:204), but due to the social, health and financial crisis of government entities, the informal carer once more takes care of older family members.

With this qualitative study we try to understand the impact perceived by the informal carer, who cares for the older family member, in rural and urban environments, and for our assessment we use the sociodemographic questionnaire, the semi structured interview.

The sample of the selected population is represented by four carers of older family members, two of which live in an urban environment and two who live in a rural environment, and are mostly female with one male carer.

The four caregivers interviewed reported that there is little support from technicians of social institutions and health, there is no proper training to care for informal carers and often this was welcome.

Rural informal carers expressed that they are distant from formal support, which means from the health center, from emerging social support and transport, while urban care givers mentioned that these resources are at hand, but they lack neighbours' proximity and solidarity present in rural areas.

In terms of outcomes, informal carers revealed a negative impact to the responsibility for caring undertaken, with direct consequences in family and social life and an emotional, professional and overload.

Keywords: Care; Informal Carer; Elder; Impaired elderly; Impact.

ÍNDICE

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1 - O ENVELHECIMENTO	4
1.1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	4
1.1.1– Aspetos biopsicossociais do envelhecimento	5
1.1.2 - As diferentes tipologias do envelhecimento.....	6
1.2 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	8
2 – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	9
2.1 – A FAMÍLIA E O CUIDAR	9
2.2 - O IDOSO E O AMBIENTE FAMILIAR	11
2.3 - O CUIDADOR FORMAL E INFORMAL	15
2.4 – Os IMPACTES E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	16
PARTE II - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO	18
1 – METODOLOGIA.....	19
1.1 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS..	19
1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	20
1.3 – MÉTODO DO ESTUDO	22
1.4 – INSTRUMENTOS DA COLHEITA DE DADOS	23
1.4.1 - Questionário sociodemográfico	23
1.4.2 - Entrevista semiestruturada	24
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
1.5.1 - Critérios de inclusão e exclusão.....	27
1.5.2 – Procedimentos Éticos	27
2 – LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	28
Mapa I – Localização de Nisa – Distrito de Portalegre	28
2.1 – CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DE NISA	28

2.1.1 - Atividades Económicas do concelho de Nisa	29
2.1.2 - Demografia do concelho de Nisa	29
2.1.3 - Equipamentos Sociais - Freguesias	31
2.1.4 - Caraterização da freguesia União E. Santo, N ^a Sra. Graça e S. Simão.	31
2.1.5 - Caraterização da freguesia de Santana	32
Mapa II	32
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	33
3.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES	33
3.2 – ANÁLISE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	38
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
 CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	69
BIBLIOGRAFIA	74
ANEXOS.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AS – Assistente Social

CI – Cuidador Informal

CMN – Câmara Municipal de Nisa

DGS – Direção Geral de Saúde

ESE – Escola Superior de Educação

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCM - Santa Casa da Misericórdia

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

LISTA DAS FIGURAS

Figura I – A Arte pedrada.....	29
Figura II – O Bordado.....	29
Figura III – O Queijo.....	42

LISTA DOS MAPAS

Mapa I – Localização do concelho de Nisa	28
Mapa II – Localização da freguesia de Santana	32

LISTA DAS TABELAS

Tabela I - Evolução População do concelho de Nisa	43
Tabela II – Evolução da População das Freguesias	43
Tabela III – Equipamentos Sociais das Freguesias	44
Tabela IV – Distribuição segundo o género	46
Tabela V – Distribuição segundo a idade	47
Tabela VI - Distribuição segundo o parentesco	47
Tabela VII – Distribuição segundo o estado civil	47
Tabela VIII - Distribuição segundo a profissão	48
Tabela I X – Distribuição segundo a situação laboral	48
Tabela X – Distribuição segundo o agregado familiar	49
Tabela XI – Distribuição segundo as habilitações literárias	49
Tabela XII – Distribuição segundo o tempo da prestação de cuidados	49
Tabela XIII – Partilha de habitação	50

LISTA DOS QUADROS

Quadro I – Impactes da Prestação de Cuidados	52
Quadro II – Sobrecargas	56
Quadro III – Relação Interpessoal	59
Quadro IV – Prestação de Cuidados	62
Quadro V – Apoios Formais	64
Quadro VI – Relações de Proximidade	66

INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento da população humana é cada vez mais visível e a esperança média de vida está a ser cada vez mais longa, por isso, devido a estas realidades, irão ser necessários mais apoios e prestação de cuidados às pessoas idosas, por parte dos seus familiares e pelos apoios formais.

Este fenómeno trouxe consigo um conjunto de preocupações e responsabilidades à sociedade de hoje, mais concretamente aos familiares dos idosos domiciliados, respeitante aos cuidados de saúde, devido às doenças crónico degenerativas ou outras patologias em que muitas das pessoas idosas, necessitam de apoios e de cuidados familiares.

Refere Pereira et.al., (2009:148) “as limitações impostas à família pela doença crónica podem ser vivenciadas, no seio da família, como fonte de stress familiar”.

O cuidar de uma pessoa idosa dependente em ambiente familiar pode provocar um conjunto de repercussões no cuidador familiar que devido à sua importância, tem sido palco de varias investigações e estudos, Sequeira, (2007 e 2010; Figueiredo 2007; Lage 2005; Paúl 1997 e 2005), motivado pelos fatores abrangentes na família, na situação económica, na ação social e, na dependência física e emocional.

Refere Figueiredo, (2007:106) “os motivos subjacentes à assunção do papel de cuidador a um familiar idosos dependente constituem um domínio complexo que envolve um conjunto de razões, marcado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela conceção de vida e história de cada indivíduo”.

O cuidado informal, refere Lage (2005:205),”é a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, que não recebem ajuda económica pela ajuda que oferecem”.

Os impactes que se refletem no cuidador familiar do idoso dependente, são reconhecidos como uma experiencia de desgaste psíquico, físico e social e afetam o bem-estar da envolvência familiar e a sua qualidade de vida.

Este estudo tem como objetivo, identificar os impactes percecionados pelos cuidadores informais rurais e urbanos que interferem nos aspetos da sua vida social,

familiar, laboral e emocional, em virtude da ação do cuidar, ser um trabalho desgastante, para quem cuida.

O presente trabalho está estruturado em duas partes: O enquadramento teórico, no qual será efetuada uma breve revisão sobre envelhecimento, a família, a dependência do idoso, os cuidadores informais e os impactes percecionados por esses cuidadores.

O enquadramento metodológico é constituído pelas questões da investigação e objetivos do estudo.

Os instrumentos da colheita de dados são constituídos pelo questionário sociodemográfico, a entrevista semiestruturada.

A apresentação e análise dos resultados são constituídas pela descrição sociodemográfica, a contextualização das entrevistas, onde se descrevem as suas dimensões e a construção das categorias e subcategorias e as unidades de registo.

Por fim, apresentamos a discussão dos resultados, as conclusões e sugestões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo de diminuição e de degradação da capacidade de resposta do nosso organismo face às alterações físicas e cognitivas que vão surgindo devido ao aumento da idade.

Refere Garcia, (1993), citado por Pereira, Roncon, Carvalho, (2009:131), “o envelhecimento não é mais do que um conjunto de modificações morfológicas e fisiológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos”.

Neste sentido Sequeira, (2007:31), salienta “o envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que é difícil encontrar uma data a partir da qual se possam considerar as pessoas velhas”.

Em Portugal define-se uma pessoa idosa, a partir do momento em que se atinge a idade legal da reforma que em 31 de Dezembro de 2013, era de 65 anos, estipulada pelo Instituto da Segurança Social.

Também o INE, Censos (2011) considera pessoa idosa, seja qual for o género, quem tenha a idade igual ou superior a 65 anos.

Para Paúl, (2005:16) “apesar de ser vulgarmente utilizado o critério da idade (65 anos), deixou de constituir um indicador rigoroso para o início da velhice, privilegiando-se a existência de múltiplas idades passíveis de transição entre a idade adulta e a velhice”.

O envelhecimento das pessoas não se processa apenas cronologicamente, desde o nascimento até determinado fase ou até à sua finitude, mas também pela dimensão biopsicossocial, consoante os ambientes que nos rodeiam, como sejam a saúde, a nutrição, atividades profissionais, vida social e cultural.

1.1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenómeno biológico que vai acontecendo naturalmente ao longo da nossa vida, sem quase darmos por isso, onde a sua característica mais evidente é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente.

Importa referir que o processo de envelhecimento, é um conjunto natural de alterações biopsicossociais, variável de indivíduo, para indivíduo que pode estar, ou não, relacionado com a idade cronológica.

Neste sentido, as pessoas que se encontram na faixa etária considerada idosa, veem-se confrontados com um conjunto de mitos e estereótipos, onde têm que se adaptar a esse rótulo, mesmo que continuem a ser pessoas ativas e transmissoras das suas aprendizagens e saberes.

Como salienta Paúl, (1997:25), “o envelhecimento é visto como uma trajetória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência cumulativa de aumento de vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico.”

A mesma autora acrescenta Paúl, (2005:38), “implica a compensação de perdas através do recurso a novas estratégias de pensamento e a novas estratégias de resolução de problemas, que refletem bem a vida de cada um”.

Os problemas de saúde e de doença, acabam por estar interligados, uma vez que estão condicionados pelo modo de vida que cada um teve ao longo da vida e pelo ambiente social em que está inserido.

1.1.1– Aspetos biopsicossociais do envelhecimento

Envelhecer pressupõe um conjunto de alterações físicas, psicológicas e sociais do ser humano, cujas mudanças naturais decorrentes do processo de vida que ocorrem com o ciclo, o nascer, o crescer, o envelhecer e o finalizar da vida, são sentidas de forma diferente por cada um de nós.

Na perspetiva da perceção e da conceção do envelhecimento, este ocorre de varias formas, o que significa que devemos olhar o envelhecimento na sua globalidade, atendendo às suas várias dimensões que lhe estão inerentes, a biológica, psicológica e social.

O envelhecimento biológico, está associado às alterações que vão surgindo organicamente, (plasticidade, manchas da pele), bem como a diminuição à capacidade de resposta em termos de memória, visão e audição, sendo estas fragilidades denominadas senescência, que de acordo com Sequeira, (2007:44) “é o tempo de vida

humana que o organismo sofre consideráveis mutações de declínio na sua força, disposição e aparência, as quais não incapacitam ou comprometem o processo vital”.

No que respeita à dimensão psicológica, refere Fontaine, (2000:25), “é relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente”.

Esta inclui as capacidades intelectuais e as motivações para uma boa manutenção das atividades cognitivas permitindo uma melhor autoestima e a conservação de um elevado nível de autonomia e de controlo.

O envelhecimento social resulta das alterações dos papéis sociais, conjuntamente com a adaptação de novos hábitos da vida do indivíduo na sociedade em que está inserido.

Como refere Figueiredo (2007:54) “a velhice caracteriza-se pela mudança de papéis e, frequentemente, pela perda do papel profissional que ocorre no momento da reforma, nas relações familiares e sociais”.

1.1.2 - As diferentes tipologias do envelhecimento

O envelhecimento não surge em todos os indivíduos do mesmo modo, já que apresentamos diferenças biológicas, psicológicas e sociais visíveis, motivado pelas estruturas genéticas e pelos ambientes em que cada um se insere. É um fenómeno que vai acontecendo naturalmente ao longo da nossa vida, sem quase darmos por isso, onde a maior evidência são as alterações orgânicas que vão surgindo.

O envelhecimento biológico tem a ver com as modificações que resultam na diminuição da capacidade do funcionamento do nosso sistema orgânico.

Sequeira (2007:44), define “o envelhecimento biológico é caracterizado pela diminuição da taxa metabólica, em consequência da redução das trocas energéticas do organismo”.

Estas alterações do organismo, provocadas pela não regeneração celular, acabam por refletir-se nos principais órgãos vitais, como sejam o sistema cardiovascular, o sistema respiratório, sistema renal e intestinal, ficando o indivíduo mais vulnerável à doença e à finitude da vida.

O envelhecimento psicológico resulta do aumento da idade e das alterações fisiológicas, com repercussões na atitude e no comportamento, da pessoa idosa.

Refere Fontaine, (2000:25), a dimensão psicológica “é relativa às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças”.

Com a retirada da atividade profissional e das alterações sociais, costuma dar-se um vazio que o próprio indivíduo tem que saber ultrapassar e procurar outras atividades para compensar o excesso de tempo livre. Com o aumento de idade e com a passagem à reforma, procuram encarar o novo escalão da vida como um ato positivo, pela disponibilidade de tempo para poderem dedicar à família, aos amigos e a novas aprendizagens.

Sequeira, (2007:47), refere que Baltes e Baltes, (1990), “apresentam um modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido, no qual o idoso saudável mantém a funcionalidade em domínios específicos que dão sentido à sua existência e através da qual garantem uma compensação relativamente às possíveis perdas associadas ao envelhecimento”.

A sociedade que rotula a pessoa com mais idade, com vários mitos e estereótipos, tem que saber incorporar o seu desempenho do papel produtivo e de educador ao longo da vida profissional, familiar e social.

As pessoas idosas, neste novo patamar da vida, veem os seus papéis sociais modificados de forma progressiva, pelo ajustamento e adaptação a novos modos de vida e de estar, consoante o aumento da idade e da dependência de terceiros.

Como refere Figueiredo, (2007:54) “a reforma marca a perda de determinados papéis sociais ativos (...), sobretudo porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder em sociedades fortemente marcadas por regras económicas”.

Devido à perda de decisão no grupo, alteração nos papéis sociais, menos poder económico, é muitas vezes notório o isolamento social da pessoa idosa.

Os mitos e os estereótipos sobre os idosos, estão hoje muito projetados na sociedade, onde se tem deturpado que o papel dos cidadãos que já não estão na vida ativa, são rotulados de causadores do consumo de receitas orçamentais, a nível social e da saúde, com prejuízo para o seu papel de produtores, ao longo da sua vida ativa.

Neste contexto, é necessário procurar que a pessoa com mais idade, deva continuar a ser ouvida e respeitada na sua dignidade, como pessoa, para se sentir inserido.

1.2 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

À medida que as pessoas envelhecem, vão surgindo dificuldades para a realização das atividades básicas da vida diária, devido ao surgimento de doenças crónicas degenerativas, fazem com que tenham necessidade de ajuda de terceiros.

A característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do nosso organismo face às alterações do meio ambiente, onde estamos inseridos.

De acordo com Cabete (2005), citam Pereira et.al., (2009:143), “uma pessoa idosa dependente é aquela que necessita da ajuda de outro, para a realização das suas AVDs, tendo em vista a satisfação das suas necessidades básicas”.

O Conselho da Europa (1998), referido por Figueiredo (2007:64) “define dependência (...) como um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas á perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida diária”.

Os fatores que determinam a dependência de uma pessoa idosa, consistem na fragilidade física, problemas de mobilidade, as doenças incapacitantes que surgem de um momento para o outro, salienta Figueiredo (2007:65), referindo a perspectiva do Conselho da Europa (2008) e da OMS (2003) “a dependência encerra a existência de três fatores: a existência de uma limitação física, psíquica e intelectual que compromete a realização das ADVD, a necessidade de assistência e cuidados por terceiros”.

Para Saura Hernandez e Sangusa Gimenez (2000), cita Imaginário (2008:44), a autonomia dos idosos é classificada em três grupos, nomeadamente:

- *Baixa autonomia*: quando manifestam alta dependência para realizar as Atividades da Vida Viária (AVD) e com escassas relações sociais;
- *Média autonomia*: resolvem a maior parte dos problemas quotidianos, mas contam com um importante apoio dos familiares, quando revela, perdas sensoriais;
- *Autonomia elevada*: têm boa percepção de Qualidade de Vida (QDV), com atitudes ativas face à vida.

Refere ainda Figueiredo (2007:67), citando Katz (1963) e Lawton e Brody (1969), considera-se uma pessoa dependente quando necessita de ajuda para realizar dois grupos de atividades: as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

2 – A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A história dos cuidados remonta ao princípio da humanidade, desde que surgiu a vida que existem cuidados, porque só assim foi possível dar continuidade e contributo à sua manutenção e a sua evolução.

A prestação de cuidados e de apoio são ações de obrigação ou de solidariedade na assistência a um membro de família, a uma pessoa amiga ou a outro doente que também precisa de ajuda e que nós, numa atitude natural, damos o nosso contributo sem olhar a meios e a interesses materiais e de reciprocidade.

A sociedade portuguesa, em momentos de crise económica e social, demonstra bem o seu espírito de solidariedade, para com aqueles que têm algumas carências, seja na doença, na família, na área social ou económica.

A prestação de cuidados, como diz Figueiredo (2007:101), “é percecionada pela maioria das sociedades como uma das funções básicas da vida em família e é uma atividade complexa com dimensões psicológicas, éticas, sociais e demográficas, que também comporta os aspetos clínicos e comunitários”.

Ainda segundo a mesma autora (2007:101), distinguem-se três dimensões na prestação de cuidados “responsabilidade/tomar conta de alguém; satisfazer/responder às necessidades de alguém; sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida”.

2.1 – A FAMÍLIA E O CUIDAR

A prestação de cuidados e apoio a um familiar idoso dependente, insere-se nas funções básicas da família, regra geral, recai sobre um familiar cuidador, surgindo dessa ação um conjunto de sobrecargas ao nível físico, psíquico, familiar, social e até monetário, com reflexos na sua saúde e bem-estar, alterando por vezes o ambiente familiar, gerando conflitos entre o cuidador e os restantes membros familiares.

Os cuidados fazem parte da evolução da humanidade e das relações entre as pessoas, onde a família continua a desempenhar um papel preponderante, no apoio e na

assistência, tendo em vista a proteção dos seus membros e a continuidade do seu bem-estar, quer no início, quer no fim do ciclo da vida.

Cuidar, refere Lage (2005:203), “faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como tarefa diretamente sua”.

Para Collière (1989:235), “cuidar, é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar aos familiares e amigos que temporariamente ou definitivamente têm necessidade de ajuda, nas suas necessidades vitais”.

Os cuidadores informais necessitam de motivação para a prestação de cuidados de um familiar idoso dependente, quando se trata de uma doença crónica degenerativa ou um episódio inesperado pode o cuidado tornar-se uma sobrecarga pesada e desgastante para o cuidador, que de acordo com Oliveira (2010:74), “motivação é definida conforme as diversas correntes psicológicas. Assim por exemplo, para um behaviorista o comportamento motivado depende dos reforços e das suas contingências. Os cognitivistas insistem na percepção e significado da situação para o sujeito, nas suas expectativas, curiosidades. Os humanistas destacam a liberdade, a autonomia funcional das motivações (Allport), o desejo de auto realização (Maslow), etc”.

Ainda para o mesmo autor, “a motivação designa fatores internos do sujeito que, juntamente com os estímulos do meio ambiente, determinam a direção e a intensidade do comportamento. Entende-se por motivação qualquer fator interno que inicia (ativação), dirige (direção) e sustem (manutenção ou persistência) uma determinada conduta até atingir o objetivo”.

A família é o principal suporte de cuidados dos seus membros, nos momentos de crise das relações sociais e matrimoniais e, no caso de doença. Mas é na velhice, com ou sem dependência, que o acolhimento familiar é mais desejado, como refere Paúl, et.al., (2005:97) “onde a institucionalização será o último recurso para qualquer pessoa idosa, mesmo com doença crónica ou outra incapacidade inesperada”.

De acordo com (Silva, 2011) “nos nossos dias, a família reduz-se numericamente. A mulher exerce atividades fora do lar, os filhos saem muito de casa e crescem os problemas sociais”.

Com o aumento da esperança média de vida, aumenta o número de pessoas idosas, mesmo que não sejam dependentes, mas com o avançar da idade há sempre perda de

autonomia, o que faz, com que muitos idosos necessitem de ajuda de terceiros para resolver as suas necessidades básicas.

Para Costa e Silva (2000:15), cita Imaginário (2008:71) “muitos idosos em função dos seus próprios percursos de vida e de condição económica deficitária não dispõem de autonomia suficiente”, exigindo este extrato populacional um maior suporte de cuidados, e cada vez mais sobressaem e destacam os cuidados de saúde informais em contexto doméstico.

Refere Lage (2005:205), citando INSERSO (1995), “o desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, o idoso permaneça no seu domicílio, na linha do chamado modelo de intimidade à distância, o que permite conjugar autonomia e cooperação entre os membros da família”.

Devido às atuais crises do sistema de saúde e do sistema social, a família está a assumir cada vez mais o papel de cuidador, devido aos recursos económicos insuficientes dos idosos que não conseguem suportar os encargos da sua institucionalização e, os descendentes devido às crises e instabilidade de emprego, deixam de ter capacidade financeira e recursos, para suportar a sua institucionalização, pelo que manter o familiar idoso no domicílio, por vezes, é também uma fonte de rendimento, ainda que escassa, para a sobrevivência de todos.

2.2 - O IDOSO E O AMBIENTE FAMILIAR

O estudo da família processa-se atualmente sob o signo da perplexidade, face às surpreendentes modificações por que esta instituição tem passado nos dias de hoje.

Tais transformações ocorreram sob o influxo do questionamento dos papéis do homem e da mulher, nas suas relações interpessoais, experienciadas no contexto de uma sociedade que se encontra num período de mudanças no seu sistema de valores, quem sabe sem precedentes na história do processo de civilização (Silva, 2004)

A família é a base fundamental, onde é possível resolver ou ajudar a resolver os problemas, individuais ou coletivos, apesar de poder ser, também geradora de conflitos e preocupações.

Para Ramos (1993), “a modificação mais significativa da família moderna é a sua privatização. A vida conjugal construída sobre a afeição e o amor não permite mais a

intromissão de estranhos no centro sentimental do círculo familiar, círculo este cada vez mais restrito e com novas configurações”.

A mesma autora acrescenta “ainda que a família de hoje pertence à sociedade como pertenceu outrora, mas com uma diferença, uma vez que ela não é mais o coração.

Ela é uma estrutura da sociedade que realiza as suas funções sociais e educacionais através de instituições que ela fez nascer: escolas, hospitais, centros de saúde, entre outros. A família está em “interação” e interdependências com as diferentes”.

Com as transformações físicas e psíquicas ocorridas durante a fase do envelhecimento, a pessoa idosa tende a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se cada vez mais à sua família e, quantas vezes isoladamente.

Consequentemente, estas transformações levam a família a não ser capaz de resolver os problemas e necessidades dos idosos, como as necessidades físicas, psíquicas e sociais, optando pela sua institucionalização.

A família tem-se afastado da sua forma tradicional devido às transformações sociais e culturais que se têm verificado ao longo dos tempos, fazendo emergir outras formas de família de cariz “moderno” (Silva, 2012:67).

Cuidar de um familiar idoso em ambiente domiciliário é um processo que, na maioria das vezes, põe de parte os aspetos agradáveis do dia-a-dia e apenas sobressaem os problemas que o cuidar acarreta, muito diferente do cuidar de uma criança que também traz dificuldades e problemas, mas que, em termos de conotação, esse processo em nada se assemelha, enquanto a criança desponta para a vida tornando-se cada vez mais autónoma, o familiar idoso, caminha para o fim do seu ciclo e cada vez mais dependente.

Paúl (2005:37) refere “para além da entreajuda, essencial à sobrevivência, a existência de relações sociais significativas é considerada como protetora da saúde mental dos indivíduos, atuando como «almofada» facilitadora da cura em situações de descompensação”.

Neste início do século, as famílias continuam a caracterizar-se por um conjunto de formas de conveniência, mas não deixou de verificar a coesão e a solidariedade familiar, assumindo um papel fundamental nas funções de proteção e de cuidar dos seus membros, observando-se nas relações familiares, sentimentos de solidariedade e reciprocidade manifestados de diversas formas.

Segundo Pimentel (2005:65) “Os familiares apresentam como razões para cuidar dos pais ou parentes idosos, um misto de dever, obrigação, amor e afeto”.

Para Romero e Wasiek (2007:165), “a geração mais idosa deve permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo, no entanto, o espaço necessário para a sabedoria e experiência dos mais velhos”.

Nos países do sul da Europa é onde a prestação de cuidados recai mais na família, em virtude dos Estados virem a desresponsabilizar-se cada vez mais das suas funções sociais e económicas, como refere Figueiredo (2007:100), citando (Mestheneos e Triantafillou, 2005; Sousa e Figueiredo, 2007) “a função de cuidador não é legalmente reconhecida, nestes países, pois encara-se como uma obrigação familiar, dificultando o desenvolvimento de medidas que facilitem à família a assunção desse papel com qualidade”.

Em Portugal, segundo Rebelo (1996:23) “é a família o centro da tradição da responsabilidade coletiva pela prestação de cuidados às pessoas idosas que são de caráter informal e prestados pelos familiares, pelos próprios idosos, vizinhos e amigos”.

Face às novas mudanças, estas traduzem-se no isolamento social que parece refletir-se mais nos homens, devido à sua inadaptação perante o novo contexto social, enquanto as mulheres mostram melhor adaptação pelo seu papel de decisão de prestação de cuidados e apoio familiar.

Salienta Lopes, et al, (2004:16/17) que o antigo secretário-geral das Nações Unidas Kofi Annan, nas comemorações do 10º aniversário do Ano Internacional da Família, destacou a importância da intergeracionalidade e o elo de ligação que deve existir entre famílias e entre gerações, referindo, “*as famílias são fundamentais para socializar e educar as gerações jovens e para prestar cuidados e apoio às gerações idosas...devemos basear-nos na ideia de que a sabedoria e experiência das pessoas idosas são um elemento realmente vital, tanto para as famílias como para as sociedades*” (Pretextos-15/2004: 16-17).

A família é definida como um grupo enraizado da sociedade e tem uma trajetória com responsabilidades sociais e políticas perante os idosos e que vão estar em foco nas próximas décadas e nesse sentido a nossa Constituição (CRP), no seu art.º 67º, ...diz-nos que “o Estado reconhece a constituição da família e assegura a sua proteção, incumbindo-lhe ...a efetivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros”.

Também o artigo 72º - Terceira idade - CRP define:

1 - As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2 - A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

O Código Civil, no seu artigo 2009º – Pessoas obrigadas a alimentos - “Consagra o direito da família aos idosos, o direito de alimentos (...) por parte dos descendentes que se encontram no 2º grau de hierarquia das pessoas vinculadas à prestação de alimentos”.

Salienta Ramos (2005:195) “a família, através dos seus membros e das diferentes gerações, proporciona suportes básicos afectivos, psicológicos e materiais indispensáveis ao desenvolvimento integral e ao bem-estar multidimensional de todos os seus elementos, constituindo um espaço social, relacional, educativo e de cuidados. No espaço familiar, constroem-se laços de solidariedade e identidades, tecem-se vínculos e relações privilegiadas, desenvolvem-se competências emocionais e sociais e transmitem-se, através das gerações, representações e valores morais, humanitários, educativos e culturais”.

Refere Fernandes (1997:59) “a solidariedade *natural* entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constitui parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século”.

Talvez, aqui caiba uma preocupação, os filhos de hoje, de uma maneira geral, estão acostumados a serem cuidados e serem dependentes dos pais, por muitos e bons anos das suas vidas, num dado momento passam a experimentar uma inversão nessas relações quando os pais começam a necessitar de atenção e ajuda.

A partir daqui surgem muitas roturas familiares, abusos e maus tratos ao idoso e nesta fase da sua vida, o que o idoso necessita é sentir-se valorizado, viver com dignidade, tranquilidade e receber a atenção e o carinho da família, e não ser rejeitado.

2.3 - O CUIDADOR FORMAL E INFORMAL

Uma vez definido o que significa cuidar, verificamos que todas as pessoas cuidam e são cuidadas, por pessoas profissionais e não profissionais.

A prestação de cuidados, “pode assumir duas formas distintas de cuidador: o cuidador formal e o cuidador informal” (Sequeira 2007:97).

Ainda Sequeira, (2007:97) “o cuidado formal é o tipo de prestação de cuidados que habitualmente é executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas (...))”, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel, de acordo com as competências próprias de cada profissional da área saúde e da área social.

Podemos caracterizar que o cuidador formal tem aprendizagem de prestação de cuidados, é remunerado e contratado pelos familiares ou pela própria pessoa idosa, esta ação é verificável em famílias com condições económicas estáveis.

Na prestação de cuidados formais podemos também incluir, outros apoios públicos e privados, como sejam, os serviços estatais da segurança social e os serviços organizados pelo poder local, a nível do concelho ou da freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio.

A outra forma de prestação de cuidados é o cuidado informal, executada no domicílio, por um familiar direto (cônjuge, filha, nora, filho) da pessoa dependente, mas também pode ser um amigo ou vizinho. Estes cuidadores não são remunerados e não têm qualquer especialização técnica para a execução da prestação de cuidados à pessoa dependente, (Sequeira 2007:97).

O apoio informal pelo tipo de pessoas envolvidas, para além de uma obrigação, é prestado por uma obrigação moral e espírito de dádiva, questões culturais, reciprocidade e solidariedade, para com o próximo.

Esta tipologia do cuidado ainda está muito enraizada na nossa sociedade, principalmente nos meios rurais, devido a uma vida conjunta de aproximação e pelas escassezes de alternativas formais momentâneas.

Estas ideias são corroboradas por Paúl, et.al., (2005:100), ao referir “o apoio é sobretudo instrumental e também ele existente na sequência de uma troca habitual que

se estendeu ao longo de anos de convivência e proximidade”, quase sempre sem preparação técnica e sem remuneração.

A maioria das vezes, para além de assumirem os cuidados do familiar idoso, tem à sua responsabilidade a família (filhos e cônjuge) e a vida profissional que devido à dificuldade de desempenhar vários papéis, opta por abandonar a vida profissional, acarretando ainda mais dificuldades financeiras, em famílias onde os recursos são muitas vezes escassos.

Os apoios prestados pelos diferentes cuidadores podem ser de dois domínios:

- Apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico;
- Apoio instrumental, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais das pessoas idosas, e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997) cita Imaginário (2008:75).

As redes de apoio, enquanto fornecedores de cuidados formais e informais sofreram alterações ao longo dos tempos que acompanharam a evolução da sociedade.

A maior parte dos cuidados de saúde tem lugar nos extremos do ciclo de vida (infância e velhice) e são fundamentalmente prestados pela família. Desde sempre as famílias são reconhecidas como o principal contexto para a promoção e manutenção da independência e saúde dos seus membros e, como a principal entidade prestadora de cuidados aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível.

2.4 – OS IMPACTES E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Cada vez mais as famílias vêm assumindo os cuidados dos seus familiares idosos, quer pelo seu dever familiar e moral, quer pela escassez dos recursos financeiros, ou pela dificuldade da institucionalização do idoso, uma vez que é nas famílias mais carenciadas que mais se verifica esta opção pelo cuidar.

Resultante desta opção do cuidar no domicílio, a família muitas das vezes precisa de se reorganizar, nas suas tarefas diárias, familiar, social e laboral, em virtude das mudanças nas suas rotinas, mais recursos financeiros não previstos e ocorrem também um conjunto de sobrecargas sobre o desgaste físico e emocional devido à responsabilidade de cuidar do familiar idoso dependente.

Refere, Pearlin e Zarit (1993), citado por Sequeira (2010:285) “cuidar de um familiar idoso, apesar de constituir uma experiencia cada vez mais normativa, interfere com a estrutura e com a dinâmica da família, podendo mesmo constituir uma experiencia física e emocionalmente stressante”.

Ainda, Sequeira (2012:285) classifica as repercussões do cuidar em dois níveis: “as repercussões objetivas e as repercussões subjetivas, em que as primeiras são mais visíveis, ou seja as prestações de cuidados efetuadas pelo cuidador ao destinatário que recebe os cuidados, enquanto as segundas, as subjetivas, são menos explícitas, uma vez que se concretizam em sofrimento ou em stress e consistem na perceção pessoal do familiar cuidador sobre as consequências do cuidar”.

Também Figueiredo salienta (2007:119) que “a dimensão objetiva diz respeito à situação de doença e incapacidade, à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e tipo de dependência e comportamento do doente (...)”, sobre a dimensão subjetiva refere ainda esta investigadora é resultante das atitudes e respostas emocionais do cuidador devido à tarefa do cuidar e às exigências dessa ação.

Assim, podemos salientar que cuidar de um familiar idoso acarreta um conjunto de consequências negativas em que as mais visíveis e relevantes são de destacar, as mudanças específicas na vida de quem cuida que são os cuidadores informais.

Os impactes da prestação de cuidados percecionados pelos cuidadores informais na prestação de cuidados a um familiar idoso, são interpretados, maioritariamente, como consequências negativas, exercidas sobre a saúde, o aspeto psicológico, o aspeto social e familiar, refletindo-se também na situação laboral e financeira dos cuidadores.

Assumir o papel de cuidador informal corresponde a um conjunto de sobrecargas e de mudanças na sua vida e das pessoas que o rodeiam, em que para uns é um desafio positivo, mas para outros traz consequências negativas, devido à responsabilidade que adquiriram.

“a sobrecarga é definida como resposta individual resultado da perceção das consequências na vida emocional, saúde física, vida social e status, resultado dos cuidados para com o seu familiar” (Zarit e Zarit 1983), em Leandro, Nossa e Rodrigues (2009:152).

O cuidador informal ao ter que assumir a responsabilidade do cuidar do seu familiar dependente, a sua vida pode ser afetada de várias formas, como sejam a vida familiar, o trabalho, a situação económica, a sua saúde, bem como o seu estado físico e psicológico.

PARTE II - ENQUADRAMENTO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

A metodologia ou método de investigação, torna-se imprescindível em qualquer estudo de pesquisa, porque é através deste processo que se estuda, descreve e explicam as etapas que se irão processar.

Salienta Freixo (2012:209) “no decurso desta fase o investigador determina o método e procedimentos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas”.

Deste modo, procuraremos abordar os aspetos relacionados com a metodologia por que optamos, e tendo em vista os objetivos propostos, descreveremos o tipo de investigação, os instrumentos da recolha de dados, o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada, a análise e interpretação dos resultados, a discussão dos resultados e por fim a conclusão e as sugestões.

1.1 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

A importância dos cuidadores informais na prestação de cuidados aos familiares idosos, tem vindo a merecer destaque nos diversos estudos dedicados ao envelhecimento e as suas condições de bem-estar.

Com o aumento da longevidade surgem inevitavelmente necessidades de apoio às pessoas idosas, devido a sua perda de autonomia para a realização das ABVD.

As famílias têm vindo a ser confrontadas com a necessidade da prestação dos cuidados dos seus familiares idosos, trazendo um conjunto de alterações nas suas vidas, o que tem levado vários investigadores (Zarit & Zarit 1983; Pearlin, et.al., 1990 e 1996; Lawton et.al., 1989; Sequeira, (2007,2010) Paúl, (1997, 2005), Lage (2005), Figueiredo (2007) (...), a investigar a importância do papel dos cuidadores informais e da prestação de cuidados, desenvolvendo e operacionalizando estudos, para a compreensão dos impactes advindos dessa ação e as motivações para assumirem essa responsabilidade, como sejam, a Escala da Sobrecarga do Cuidador, a Escala da Avaliação do Cuidador Informal e o Modelo Geral do Stress.

A família nos momentos de crise ou da prestação de cuidados assume um papel fundamental na manutenção do bem-estar social e emocional dos seus familiares.

A família, é um grupo de apoio desde os tempos primórdios, tornando-se por isso, uma prestação de cuidados (Sequeira 2010; 2007; Imaginário 2008; Figueiredo 2007), cada vez mais solicitada para desempenhar o papel de cuidador, no apoio aos familiares idosos.

Perante o exposto, a questão de partida que orienta este estudo diz respeito aos cuidadores informais de familiares idosos dependentes e aos impactes percecionados pela responsabilidade da prestação de cuidados.

Neste sentido, formulamos a seguinte questão de investigação, para orientação do estudo:

- Quais os impactes percecionados pelos cuidadores informais de familiares idosos dependentes?

Esta questão, pelas suas repercussões e pela nossa motivação para a problemática dos cuidadores informais, mobilizou-nos para a realização desta investigação.

Entendemos ser pertinente conhecer e descrever as consequências no cuidador informal, seja ele, residente em meio rural ou em meio urbano.

O papel desempenhado pelos cuidadores informais, com a sua ação de prestação de cuidados, constitui uma sobrecarga que incide sobre a saúde física, emocional e social, e laboral, com reflexos na restante família, daí que o reconhecimento do papel dos cuidadores informais deve ser mais realçado, para que tenham mais acesso aos apoios formais, quando têm que fazer a opção: trabalhar ou cuidar em exclusividade do familiar idoso dependente.

1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Sabe-se quanto é importante a prestação de cuidados desempenhada pelos cuidadores informais no âmbito familiar às pessoas idosas dependentes.

Este estudo visa conhecer as consequências da prestação de cuidados no cuidador informal de um familiar idoso dependente.

Com as alterações nos apoios da área da saúde e na área social que têm vindo a surgir, desde alguns anos a esta parte, e devido à política de desospitalização, (Monteiro et.al., 2009:14) e a falta de recursos financeiros por parte das entidades governativas, o

cuidador informal tem vindo assumir cada vez mais, um papel determinante, na ação dos cuidados do seu familiar idoso dependente.

Sequeira (2010: 205), citando Pearlin e Zarit, (1993) “cuidar de um familiar, apesar de constituir uma experiência cada vez mais normativa, interfere com a estrutura e com a dinâmica da família, podendo mesmo constituir uma experiência física e emocionalmente stressante”.

Nesse sentido, delineámos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

Identificar qual a percepção dos impactes no cuidador informal sobre a sua vida social, emocional e profissional.

Objetivos Específicos

Caraterizar o cuidador informal, no contexto familiar;

Conhecer as consequências dos impactes percecionados pelo cuidador informal, quando assume a responsabilidade do cuidar do familiar idoso;

Identificar os domínios dos impactes nos seus diferentes contextos.

1.3 – MÉTODO DO ESTUDO

Na escolha do método devemos ter em consideração a sua utilização, uma vez que os resultados que surgem dessa opção, podem estar ou não de acordo, com o que se pretende.

Uma vez que não quisemos avaliar os cuidados prestados pelos cuidadores informais, mas perceber os impactes dos cuidados, optamos por utilizar o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada.

De acordo com os objetivos delineados, trata-se de um estudo de caso, com um método comparativo, entre a situação dos cuidadores habitantes em meio rural e os cuidadores habitantes em meio urbano.

Deste modo, entendemos que o método qualitativo, é o que mais se adequa ao estudo, uma vez que pretendemos identificar os impactes percecionados pelos cuidadores informais, segundo Freixo (2012:173) “as particularidades deste método têm lugar quando o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta deste fenómeno em estudo”.

A investigação qualitativa procura compreender os problemas, analisar as atitudes e os seus valores, como refere Chambel e Curral (2008:35) citando Strauss e Corbin (1990:17) “o termo da investigação qualitativa significa a pesquisa que produz resultados não alcançados pelos procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação”.

Salienta Cuesta (1997:16) refere Imaginário (2007:91) “a recolha dos dados faz-se através de métodos naturais, (...), não se altera o contexto do estudo nem se realizam provas ou experiencias com os participantes. (...) Trata-se de recolher informação (...) relacionada com a experiencia quotidiana das pessoas”.

A importância de identificar os impactes percecionados pelos cuidadores informais de familiares idosos dependentes, na sua vida social, emocional e laboral, tem em vista conhecer as consequências advindas da responsabilidade dessa ação.

1.4 – INSTRUMENTOS DA COLHEITA DE DADOS

Na fase de recolha de dados e tendo em vista o desenvolvimento da investigação que nos propusemos realizar, recorremos a dois instrumentos de colheita de dados, uma vez que pretendemos recolher informação relativa à identificação dos impactes percecionados pelos cuidadores informais de familiares idosos e conhecer as consequências desses impactes pelo cuidador quando assume a responsabilidade da prestação de cuidados.

Pelas questões metodológicas colocadas, entendemos que os instrumentos para a colheita de dados mais adequados à realização deste estudo, são:

- O Questionário sociodemográfico
- A Entrevista semiestruturada

1.4.1 - Questionário sociodemográfico

Quando um conjunto de questões são apresentadas através de um formulário, em que o inquirido administra a si próprio, o inquérito designa-se por questionário, Coutinho (2014:139).

Com o presente questionário pretendemos identificar algumas características socio demográficas dos cuidadores informais e o contexto da prestação de cuidados.

É um instrumento de avaliação de dados que tem em vista a obtenção de informações sobre as características dos cuidadores da amostra seleccionada para o estudo.

O questionário sociodemográfico é constituído por dez questões abertas: o género, a idade, o estado civil, a profissão e a situação laboral, o número de elementos do agregado familiar, as habilitações literárias, o parentesco, o tempo de ajuda e a partilha de habitação, segundo Freixo (2012:225) “é o instrumento mais usado para a recolha de informação, que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos”.

Verificamos que a maioria dos cuidadores são do género feminino, com uma media de idade de 58 anos, a nível de parentesco são cônjuges e filhos, quanto a profissão uma cuidadora é reformada, duas têm profissão, mas por opção desempregaram-se para

cuidar dos seus familiares e o cuidador masculino, continua empregado, o tempo de ajuda e prestação de cuidados situa-se entre os 5 anos e os trinta anos e partilham a mesma habitação com o familiar idoso.

Quando os cuidadores foram contactados pessoalmente, nos seus domicílios, para fazerem parte do estudo, foi-lhes explicitado qual era a finalidade deste, e como prova de veracidade, foi-lhes entregue a declaração do consentimento informado (Anexo I) e a declaração do termo confirmado, (Anexo II).

Confirmaram e explicitaram que tinham conhecimento do trabalho que o investigador estava a realizar e dispensavam a assinatura nas referidas declarações e prontificaram-se de imediato a participar no referido estudo.

Em acto contínuo, foi-lhes, também, entregue o questionário sociodemográfico (Anexo III), para procederem ao seu preenchimento, e informados que o seu levantamento seria efetuado pessoalmente pelo investigador, no prazo de uma semana, no domicílio dos cuidadores.

Estes foram, também, informados, se tivessem dificuldade no seu preenchimento, seriam auxiliados pelo investigador presencialmente, o que não se verificou.

1.4.2 - Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é um instrumento que possibilita um diálogo espontâneo e de liberdade nas questões utilizadas, como refere Freixo (2011:221), “neste tipo de entrevistas o investigador procura livremente, conseguir através de conversação, dados que possam ser utilizados em análise qualitativa (...)”

Refere Coutinho (2014:139) “quando as perguntas são colocadas pelo investigador o inquérito designa-se por entrevista”.

Para uma melhor orientação elaboramos uma entrevista exploratória a um cuidador informal de um familiar idoso dependente, tendo em vista o planeamento e organização do guião, com as questões consideradas adequadas, como salienta Quivy e Campenhoudt (1998:69) “a entrevista exploratória tem como função principal revelar determinados aspetos do fenómeno que o investigador não teria pensado (...)”.

O guião da entrevista foi constituído por treze questões, e por sua vez, agrupadas em seis blocos temáticos; “*Impactes da prestação de cuidados*”; “*Sobrecargas do*

cuidar”; “*Relação interpessoal*”; “*Prestação de cuidados*”; “*Apoios Formais*” e “*Relações de proximidade*”.

Após a sua elaboração e a transcrição das entrevistas foram constituídas as categorias e as subcategorias, conforme descritas na contextualização dos resultados.

Refere Bardin (1995:117), “a categorização é uma operação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos”.

Com a análise de conteúdo procuramos descrever e interpretar os depoimentos das entrevistas, refere Bardin (1995:119) “pode ser efetuada através de um sistema de categorias que emerge da classificação analógica e progressiva dos elementos”

Após a elaboração do guião das entrevistas e tendo em vista a sua realização, os cuidadores informais, foram contactados pessoalmente nos seus domicílios, durante o mês de Dezembro de 2013, para realizarmos as referidas entrevistas.

Estas vieram a ser efetuadas durante o mês de Janeiro e Fevereiro de 2014, consoante a disponibilidade de tempo, dos cuidadores e não por marcação do investigador, ou através da ordem numérica, ou alfabética, e com apoio de gravador áudio, com uma duração de tempo, entre quarenta e sessenta minutos, cada uma.

1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

O nosso trabalho é realizado no concelho de Nisa, como tal a nossa amostra é daqui proveniente, mais propriamente de duas freguesias, uma urbana e outra rural.

Na opinião de Carmo (1998:191) “população ou universo é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comuns a todos eles”.

A seleção dos cuidadores foi efetuada através de uma amostra aleatória simples, na freguesia União de Freguesias Espírito Santo, N^a S^a da Graça e na freguesia de Santana que cuidam dos seus familiares idosos dependentes, que de acordo com Carmo (1998:191) “a técnica designada por amostragem (...) conduz à seleção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo que se denomina amostra”, para a constituição da mesma, os referidos cuidadores tinham que ser considerados responsáveis pela prestação de cuidados dos seus familiares idosos dependentes e estes tinham que ter algum grau de dependência que implicasse ter um cuidador informal.

A escolha destas localidades, deve-se ao fato do concelho de Nisa, ser um concelho com um índice de envelhecimento bastante elevado, quer seja em meio urbano, quer seja em meio rural, onde por cada 100 jovens (0-15anos), correspondem 402 idosos (65+anos), INE (Censos 2011), com tendência para aumentar, entre as duas faixas etárias, devido aos jovens continuarem a sair daqui, para procurarem melhores condições de vida e de estudo, e raramente regressam na idade ativa, mas, verifica-se que estão a regressar às origens a geração imigrada e emigrada, nos anos sessenta e setenta, do século XX.

A amostra, da população estudada, é constituída por quatro cuidadores de familiares de idosos em situação de dependência, que quanto ao género, três são femininos e um cuidador é masculino, dois destes cuidadores habitam no espaço urbano da freguesia União de Freguesias Espírito Santo, N^a S^a da Graça e S. Simão (E3 e E4) e, dois cuidadores (E1 e E2), habitam em espaço rural, da freguesia de Santana, ambas pertencentes ao concelho de Nisa, espaços físicos e culturais diferentes, para perceber como cada um deles vivencia o cuidar e o apoio do seu familiar idoso.

1.5.1 - Critérios de inclusão e exclusão

O cuidador ser residente no concelho de Nisa;

Ser habitante rural ou urbano, numa das freguesias seleccionadas;

Ser cuidador informal de um familiar idoso dependente;

O familiar idoso dependente não estar institucionalizado.

1.5.2 – Procedimentos Éticos

Numa investigação a colheita de dados, devem ser salvaguardados os direitos, liberdade e garantias dos participantes.

Quando os cuidadores informais foram abordados e informados do nosso trabalho e dos nossos objetivos, foi-lhes garantido a confidencialidade das opiniões e que as entrevistas seriam registadas em gravador áudio, para este estudo e que podiam desistir em qualquer momento.

Devido a isso, foram assegurados o anonimato e a confidencialidade, em todo o estudo.

2 – LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

Para tornar realidade este estudo, consideramos conveniente que o mesmo se realizasse numa localidade urbana e numa localidade rural, do concelho de Nisa, mais propriamente na freguesia da União de Freguesias do Espírito Santo, N^a. S^a da Graça e S. Simão e da Freguesia de Santana, em virtude de ser um concelho bastante envelhecido.



Mapa I – Localização de Nisa – Distrito de Portalegre

2.1 – CARATERIZAÇÃO DO CONCELHO DE NISA

O concelho de Nisa foi fundado entre 1229 e 1232, aquando do primeiro Foral dado à vila de Nisa, pelo Mestre Dom Frei Estêvão de Belmonte. Hoje é um dos 15 municípios que compõem o distrito de Portalegre, sendo constituído por sete freguesias e ocupando uma área de 575.67 km², o que corresponde a 9.46% do território distrital (<http://www.cm-nisa.pt>).

O concelho tem uma densidade populacional de 7450 habitantes, com o núcleo urbano da vila de Nisa aglomerar 3600 habitantes (INE 2011).

Nisa é um concelho, no distrito de Portalegre, região Alentejo e sub-região do Alto Alentejo, subdividido em sete freguesias: Alpalhão, Montalvão, Santana, São Matias, Tolosa, União de Freguesias Amieira do Tejo e Arez, União de Freguesias Espírito Santo, N^a S^a da Graça e S. Simão.

O município é limitado a oeste e norte pelo município de Vila Velha de Ródão, a leste pela Espanha, a sueste por Castelo de Vide, a sul pelo Crato, a sudoeste por Gaviao.

2.1.1 - Atividades Económicas do concelho de Nisa



Fig.I Arte pedrada



Fig.II – O Bordado



Fig.III – O Queijo

O Sector Primário representa 19,5% da população.

O Sector Secundário: 29,5%

O Sector Terciário: 51%

É de salientar que cerca de 26% dos ativos do sector terciário desempenham funções em serviços relacionados com atividade económica, situação que revela a existência de um sector terciário pouco diversificado (pequeno comércio e pequena indústria e artesanato). A outra parcela deste setor exerce funções na área dos serviços administrativos, na educação e área social. (Cm Nisa-Diagnóstico social).

2.1.2 - Demografia do concelho de Nisa

De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo INE - Instituto Nacional de Estatística, (Censos 2011) o concelho de Nisa é habitado por 7.450 pessoas (6.29% dos habitantes no distrito), das quais, 38.07% têm mais de 65 anos e 9.46% são crianças ou adolescentes, uma estrutura demográfica que pode ser melhor compreendida se considerarmos que por cada 100 jovens residem em Nisa 402 idosos. Ainda em termos demográficos, constata-se que das 3.218 famílias residentes no município de Nisa, 28.15% são compostas por uma única pessoa (a média distrital cifra-se em 24.03%), e que o peso dos agregados domésticos com quatro ou mais indivíduos é de 2.36% (um resultado inferior ao que se verifica no distrito, em que o valor de referência se situa em torno dos 4.51%).

Tabela – I - Evolução população das Freguesias concelho de Nisa -1991 a 2011.

Unidade Geográfica	População Residente 1991	População Residente 2001	Variação Populacional (nº)	Variação Populacional %	População Residente 2011	Variação Populacional.	Variação Populacional 1991-2011
Alpalhão	1.645	1.517	- 128	- 7,8%	1238	- 279	- 407
Montalvão	825	597	-228	- 27,6%	442	- 155	- 383
Santana	548	445	-103	- 18,8%	404	- 41	- 144
S. Matias	543	447	-96	- 17,7%	289	- 158	- 254
Tolosa	1.152	1.122	-30	- 2,6%	1011	- 111	- 141
União da Amieira Arez	969	671	-298	- 60%	497	- 174	- 472
União do Esp. Santo N.S. Graça e S. Simão	3956	2786	-170	- 36%	3569	- 217	- 387
Concelho de NISA	9.638	8.585	- 1.053	- 10,9%	7450	- 1135	- 2.188

Fonte: Própria

Tabela II - Evolução da população do concelho de Nisa – 1801 a 2011.

1801	1849	1900	1930	1960	1981	1991	2001	2011
3267	6125	13255	16697	17976	10734	9864	8585	7450

Fonte: Cm Nisa

O concelho de Nisa, desde a década de cinquenta do século XX, (Tabela I), tem vindo a perder grande parte da sua população, fruto da deslocação das pessoas em idade ativa para o litoral e para o estrangeiro, daí o aumento generalizado da população idosa residente no concelho.

Muitos dos idosos podem ainda não estar em situação de dependência, mas com o avançar da idade, não deixam de precisar de apoio e de cuidados dos seus familiares.

O município de Nisa tem prestado especial atenção à população envelhecida e de poucos recursos, contribuindo para colmatar algumas carências a nível social e o apoio na recuperação e manutenção de algumas habitações, entrega de mobiliário, reparação de canalizações de água e reparações nas instalações elétricas.

2.1.3 - Equipamentos Sociais - Freguesias

As freguesias de Santana e União de Freguesias Espírito Santo, N^a S^a da Graça e S. Simão, dispõem de instituições sociais (Tabela III), com valências de apoio social à 1^a infância e equipamentos sociais de apoio à terceira idade.

Tabela III – Equipamentos Sociais União de Freguesias e da Freguesia Santana.

Equipamentos Sociais na freguesia União de Freguesias Espírito Santo, N^a S^a da Graça e S. Simão e na Freguesia de Santana	Valências	N.º Utentes	Localização
St. Casa Misericórdia de Nisa	Lar, Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Creche	229	Nisa
Freguesia de Santana - Centro Social de Santana	Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário	39	Monte do Arneiro

Fonte: Cm Nisa

2.1.4 - Caraterização da freguesia União E. Santo, N^a Sra. Graça e S. Simão.

A União de Freguesias é uma das novas freguesias, do concelho de Nisa, resultante da Lei n.º 22/2012 de 30/5, da Assembleia da República, que aprovou o Regime Jurídico da Reorganização Administrativa Territorial Autárquica, com 152,53 km² de área e 3569 habitantes (INE, Censos 2011), com a densidade de 68 habitantes /Km². Está inserida na malha urbana da vila de Nisa e pela freguesia de S. Simão em espaço rural, integrando um conjunto de valências e de instituições sociais, no apoio aos seus residentes, principalmente aos idosos, o que não se verifica, na freguesia do meio rural, para além da sede de freguesia e da instituição social, com centro de dia e lar, escasseiam os meios de transportes de apoio auxiliar emergente, estabelecimento de saúde e redes formais paramédicas e estabelecimentos comerciais.

2.1.5 - Caraterização da freguesia de Santana

Mapa II – Freguesia Santa



Fonte: Cm Nisa e Junta Freguesia de Santana

A freguesia Santana é uma freguesia predominantemente rural, do concelho de Nisa, com vida agrícola e piscatória, devido ao rio Teja fazer parte dos seus limites geográficos, com 27,28 km² de área e com a população de 404 habitantes (INE, Censos 2011), com uma densidade: 14,8 habitantes. /Km². É constituída por três aldeias, desde a sua formação em 5 de Janeiro de 1959: Arneiro, Duque e Pardo que distam em cerca de 15 km, da sede do concelho. A sede de freguesia situa-se na aldeia do Arneiro.

É uma freguesia sem uma rede de transportes públicos diária, com uma assistência médica pouco consistente, em caso de apoio urgente, os serviços humanitários dos bombeiros estão sediados na sede do concelho, à distância de 15 Km, e se necessidade houver de assistência muito urgente, a equipa de emergência do 112 (VMER), situa-se na sede do distrito, em Portalegre, a 50km de distância, com todas as consequências de trânsito e de condições rodoviárias inerentes a esse percurso.

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1 – CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES

O questionário sociodemográfico define as características da população selecionada do estudo, (n=4), que são os cuidadores dos familiares idosos dependentes, na União das freguesias Espírito Santo, N^a Sr^a da Graça e S. Simão e na freguesia de Santana, ambas do concelho de Nisa.

Os cuidadores são na sua maioria do género feminino, correspondendo a 75% (n=3) e do género masculino 25%, (n=1) e apresentam uma média de idades de 58 anos.

A caraterização sociodemográfica, encontra-se constituída pelas seguintes tabelas:

Género

Quanto ao género, (Tabela I), a maioria dos cuidadores informais, 75% da amostra são do género feminino, e 25% do género masculino, o que esta em conformidade com a maioria dos estudos efetuados nesta área dos CI, refere Imaginário (2008:167) “está de acordo com os resultados expressos no estudo realizado por Salvage (1996) na EU sobre perspetivas futuras de ajuda às famílias de pessoas idosas na União Europeia”.

Tabela IV – Género

Género	n	%
Feminino	3	75,00
Masculino	1	25,00
Total.....	4	Total..... 100,00

Idade

Em relação à idade (Tabela II), verificamos que a idade dos cuidadores se situa entre os 38 anos e os 74 anos de idade, dando uma média de 58 anos.

Tabela V – Idade

Idade	n	%
38	1	25,00
50	1	25,00
62	1	25,00
74	1	25,00
Total.....	4	Total..... 100,00

Parentesco

Quanto ao parentesco os cuidadores são distribuídos por cônjuges (50%), filhos (50%), (Tabela III).

Tabela VI - Parentesco

Parentesco	n	%
Cônjuge	2	50,00
Filha/o	2	50,00
Total.....	4	Total..... 100,00

Estado civil

Conforme a tabela seguinte (IV) observamos que maioritariamente os cuidadores são na sua maioria casados (50%), um cuidador é viúvo (25%) e outro cuidador é solteiro (25%).

Tabela VII – Estado civil

Estado civil	n	%
Casadas	2	50,00
Viúva	1	25,00
Solteiro	1	25,00
Total.....	4	Total..... 100,00

Profissão

No que se refere à profissão dos cuidadores, verificamos que uma é doméstica, uma cozinheira, outra é queijeira, ambas desempregadas e o cuidador é auxiliar técnico, de um organismo público, (Tabela IX).

Tabela VIII – Profissão dos Cuidadores Informais

Profissão	n	%
Domestica	1	25,00
Cozinheira	1	25,00
Queijeira	1	25,00
Auxiliar	1	25,00
Total.....	4	Total..... 100,00

Situação laboral

Quanto a situação laboral, (Tabela X), uma cuidadora é reformada, o cuidador masculino é empregado e duas cuidadoras estão desempregadas por opção, para poderem cuidar dos seus familiares.

Tabela IX – Situação laboral

Situação laboral	n	%
Reformada	1	25,00
Empregada/o	1	25,00
Desempregada	2	50,00
Total.....	4	Total.....100,00

Agregado familiar

Quanto a composição do agregado familiar, (Tabela XI), há três agregados que são compostos pelos cônjuges (50%), um dos agregados é composto pelos cônjuges e pelo filho (25%), e outro agregado (25%) é constituído pela mãe, pela filha e pela neta.

Tabela X – Agregado familiar

Agregado familiar	n	%
Cônjuges	2	50,00
Pais e filho	1	25,00
Mãe, filha e neta	1	25,00
Total.....	4	Total 100,00

Habilitações literárias

Perante a tabela (XII), das habilitações literárias, constatamos que os cuidadores com mais idade têm a 4ª classe (75%) e um com o 6º ano de escolaridade (25%), que é o cuidador masculino.

Tabela XI - Habilitações literárias

Habilitações literárias	n	%
6º Ano - Escolaridade	1	25,00
4ª Classe - Ensino primário	3	75,00
Total.....	4	Total..... 100,00

Tempo da Prestação de cuidados

Na prestação de cuidados, (Tabela XIII), verificamos que o cuidador (E3), presta apoio ao seu familiar há mais de trinta anos, uma cuidadora presta apoio há sete anos, duas cuidadoras prestam apoio há cinco anos.

Tabela XII – Prestação de Cuidados

Tempo da Prestação Cuidados	Anos
E1	7
E2	5
E3	30
E4	5

Partilha de Habitação

Como se verifica na (Tabela XIV), todos os cuidadores informais do estudo coabitam com os familiares dependentes. Na prestação de cuidados informais, por regra, esta é executada por quem está próximo do familiar que precisa de ser cuidado.

Tabela XIII - Partilha de Habitação

Partilha de habitação	n	%
E1 a E4	4	100%

3.2 – ANÁLISE DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

As entrevistas efetuadas resultam do guião previamente preparado que serviu de orientação ao seu desenvolvimento, de modo, que todos os cuidadores participantes respondessem às mesmas questões.

O guião foi estruturado em seis blocos temáticos e após a audição e transcrição das entrevistas, foram criadas as categorias por temas principais e nas subcategorias as questões que correspondem a esses temas, e na coluna de unidade de registo, destacamos parte dos depoimentos dos entrevistados.

Como refere Bardin (1995:37) “tratar o material é codificá-lo o que corresponde a uma transformação dos dados em bruto do texto, transformando esta que, por recorte, agregação e numeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto”.

Os blocos temáticos, as categorias e as subcategorias foram constituídos do seguinte modo.

- Os Impactes da prestação de cuidados (Q1; Q2; Q7) – Categorias: Motivo para ser Cuidador; Sentimentos e atitudes; Impacte na saúde.
- As Sobrecargas do cuidar (Q3; Q4) – Categorias: Consequências na prestação de cuidados; Aquisição de responsabilidades.
- Relação interpessoal (Q5; Q6) – Categorias: Cuidados prestados; Não Institucionalização.
- Prestação de cuidados (Q 8) – Categoria: Sentimentos do cuidador e do idoso.
- Apoios Formais (Q 9; Q10; Q11) – Categorias: Apoios ao Cuidador; Formação; Apoios necessários.
- Relações de proximidade (Q12; Q13) – Categorias: Vantagens e desvantagens e Episódios.

Análise da categoria motivo para ser cuidador informal

No quadro I – “Impactes da prestação de Cuidados” são formados pelas categorias; *Motivação para ser cuidador*; *Sentimentos e atitudes* e *Impactes na saúde*, que são formadas pelas subcategorias - *Amizade e ternura*, *Dever e obrigação*, *Coabitação*, *Suporte Emocional*, *Relação afetiva*, *Hábitos familiares*, *Tempo e lazer*, *Estado de humor*, *Alteração da saúde* e *Prestação de cuidados*.

Quadro I – Impactes da Prestação de Cuidados

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo
Motivação para ser Cuidador Informal	Amizade e ternura	<p>E1 - Deu-lhe um AVC ...</p> <p>E2 - Ele foi operado, eu e os filhos decidimos... eu fico apoiar.</p> <p>E2 - Há sete anos ... ela foi ficando assim, deixou de ir fazendo a vidinha dela, começou por dizer que já não conseguia.</p> <p>E3 – Eu fiquei muito agarrado a ela desde pequeno ...agarrei-me muito ...</p>
	Dever e obrigação	<p>E1 - Ele não faz nada, tenho que o vestir, tenho que o arranjar...tenho que arranjar o comer...</p> <p>E4 - Ele foi operado a um cancro da próstata..., fez radioterapia, e depois ... foi operado segunda vez ao do colon, e aí</p>
	Viver com o familiar	<p>E2 – Eu já cuidava do meu irmão ... comecei também a cuidar dela.</p> <p>E3 - ... Deixou de ver quando eu tinha cinco anos e passei a fazer as coisas com ela.</p>
	Impacte Emocional	<p>E1 - ...Fiquei tão apalermada que não sabia o que devia fazer...</p> <p>E3 – Uma ansiedade muito grande ... uma preocupação.</p>

Sentimentos e Atitudes	Relação afetiva	<p>E1 - Eu sabia que era uma responsabilidade muito grande, mas tinha que ser ...</p> <p>E2 - Era eu que estava mais presente ...estava mais com ela.</p> <p>E3 - Sempre estive junto dela...</p> <p>E4 - Tive que deixar o meu trabalho ...não conseguia conciliar as duas coisas ou acompanhava ou trabalhava.</p>
	Tempo e lazer	<p>E1 - Eu julgava que isto era para melhorar ...vai-se agravando</p> <p>E2 - Era eu que estava mais com ela ... e tinha mais tempo.</p> <p>E3 - É só trabalho, porque não tenho ninguém.</p> <p>E4 - Mudou tudo, não tenho tempo para mim ...</p>
	Estado de humor	<p>E1 - Disseram que não havia nada a fazer, que não recuperava.</p> <p>E4 - Fiquei um bocado revoltado ... quando a Sra. (AS) disse que ela não precisava de apoio...</p>
Impactes na saúde	Alteração da Saúde	<p>E1 - Foi ...foi e muito, agora a médica disse para eu fazer exames ...</p> <p>E4 - A saúde foi afetada, foi o psíquico, o físico não, a preocupação esta sempre presente</p>
	Suporte emocional	<p>E1 - Enquanto eu puder esta cá ... ninguém nos dá nada...</p> <p>E2 - Sempre preocupada ... estive no hospital ...assim que tocava o telefone ...</p> <p>E3 - Estou sempre com o coração nas mãos quando abro a porta de casa... e... estou sempre preocupado.</p>

		E4 - Já tive uma crise de depressão nervosa, ... há dias que da vontade de sair e não voltar.
	Prestação de cuidados	E1 – Que remédio tenho eu ...não pode ir para o lar ... a reforma não dá... E2 – Mais trabalho ... enquanto puder ... depois logo se vê . E3 Vou conseguindo coordenar as coisas todas ... E4- Ainda consigo suportar...já tive alturas de estar também doente ...

A família continua a ter um papel preponderante nos momentos de apoio aos seus membros, seja numa crise de relações, seja no surgimento de uma doença inesperada ou prolongada, quer habitem em meio rural ou em meio urbano.

Cuidar dos mais idosos é continuar a defender os valores da família no seu todo, continua muito presente a ação do dever e a obrigação pessoal, para com os seus, é um gesto ainda muito enraizado na cultura portuguesa.

No conteúdo das questões apresentadas, os cuidadores informais refletem a espontaneidade, como assumiram esse papel, quer pela amizade e carinho, quer pelo dever e obrigação.

E1 – *Deu-lhe um AVC ...*

E2 - *Há sete anos ... ela foi ficando assim, deixou de ir fazendo a vidinha dela, começou por dizer que já não conseguia*

E3 – *Eu fiquei muito agarrado a ela desde pequeno ...agarrei-me muito ...*

E4 - *Ele foi operado, eu e os filhos decidimos... fiquei eu apoiar.*

Ao assumirem a responsabilidade do cuidar, os cuidadores tiveram a perceção das responsabilidades assumidas e as consequências refletiram-se nos hábitos familiares, no tempo e lazer

E1 - *Eu sabia que era uma responsabilidade muito grande, mas tinha que ser...*

E4-*Mudou tudo, não tenho tempo para mim ...*

Mas também os reflexos na saúde estão sempre presentes.

E1 – *Foi ...foi ... e muito, agora a médica disse para eu fazer exames ...*

E4 – *A saúde foi afetada, foi o psíquico, o físico não ...*

Na prestação de cuidados, a sobrecarga física é também assumida pelos cuidadores.

E1 – *Que remédio tinha eu, ...não pode ir para o lar, ... a reforma não dá...*

E2 – *Mais trabalho ... enquanto puder ... depois logo se vê*

E3 *Vou conseguindo coordenar as coisas todas ...*

E4- *Ainda consigo suportar...já tive alturas de estar também doente.*

Quanto à questão sobre os Impactes da Prestação de Cuidados, não se encontraram diferenças entre os cuidadores do meio rural e urbano, as categorias e subcategorias são as mesmas.

No entanto encontramos diferenças nas idades dos cuidadores e no parentesco, os mais velhos são esposas e os mais novos são filhos.

No que diz respeito à subcategoria dever e obrigação, foi referido pelos dois cuidadores com mais idade que se dedicam na totalidade ao seu familiar, uma vez que é preciso prestar-lhe muitas ajudas.

Na subcategoria viver com a família, os dois cuidadores mais novos referiram: um que a já tinha cuidado de outro familiar e o outro começou a acompanhar a mãe desde os cinco anos.

Na subcategoria estado de humor, os cuidadores mais velhos, E1 e E4, mostram uma atitude de aceitação, mas também desanimo porque não havia nada a fazer e o outro pela revolta, porque lhe disseram que não havia nada a fazer.

Na subcategoria alteração da saúde, verificamos que os cuidadores ao prestarem cuidados vêm a saúde afetada e por isso também eles precisam de apoio médico e de cuidados.

A motivação para cuidar, impulsionam a família nos momentos da necessidade de apoio, ainda que seja considerado uma obrigação, realçam os sentimentos nos momentos críticos, e a prestação de cuidados mesmo que traga uma maior sobrecarga física, ainda que sejam cuidadores em ambientes e espaços diferentes.

Análise da categoria Consequências da prestação de cuidados e Aquisição de responsabilidades

No quadro II “Sobrecargas” é constituído pelas categorias; *Consequências na prestação de cuidados*; *Aquisição de responsabilidades* e pelas subcategorias; *Implicações na vida social*, *Implicações na vida profissional*, *Obrigação familiar*, *Sobrecarga física*, *Sobrecarga emocional*.

Quadro II – Sobrecargas

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Consequências da prestação de cuidados.	Implicações na vida social	E1 - Tudo, tudo, não posso ir a lado nenhum, não posso sair daqui ... E2 - As vizinhas vêm aqui, nunca mais saí, ...vêm as vizinhas quando tenho que ir a algum lado... E3 – Foram tantas... E4 – Foi de deixar de ir a determinadas coisas.
	Implicações na vida profissional	E1 – Já estou reformada E2 – Tive que desempregar-me, para cuidar dela... E3 – Vou conseguindo dar conta das coisas... E4 - Foi deixar o trabalho, para estar a cuidar dele e ao lado dele.
Aquisição de responsabilidades	Obrigação familiar	E1 - Que remédio tinha eu, enquanto eu puder... está cá. E2 – Sempre vivi perto dela. E3 – Desde pequeno que a acompanho... E4 – Vivemos juntos há quarenta e tal anos.
	Sobrecarga física	E1 - Mais trabalho, mas vou conseguindo aguentar. E4 – Ao princípio conseguimos...com o tempo é mais difícil ... mais pesado.
	Sobrecarga emocional	E1 - ... é uma carga tão grande, será que estou a fazer o melhor, será que isto vai dar alguma coisa... E4 - Preocupada,... exatamente... preocupada, mas pronto, ao mesmo tempo sinto alívio e sinto que estou a fazer aquilo que devo.

As sobrecargas (Quadro II), incidem sobre quem cuida informalmente de um familiar idoso dependente, provocam um conjunto de alterações que se costumam refletir na estrutura familiar, com implicações na vida social, na vida profissional, consequências físicas, emocionais.

Os cuidadores referiram nos seus depoimentos que a sua vida social e laboral sofreu varias alterações, com as responsabilidades assumidas.

E1 - Tudo, tudo, não posso ir a lado nenhum, não posso sair daqui ...

E2 - As vizinhas vêm aqui, nunca mais saí, ...vêm as vizinhas quando tenho que ir a algum lado...

E3 – Foram tantas...

E4 – Foi de deixar de ir a determinadas coisas.

Na vida profissional os cuidadores E2 e E4 tiveram que fazer a opção deixar de trabalho para cuidar, enquanto o E3 vai conseguindo conjugar os horários, enquanto a E1 está reformada:

E1 – Vá lá que estou reformada...

E2 – Tive que desempregar-me, para cuidar dela...

E3 – Vou conseguindo dar conta das coisas...

E4 – Foi deixar o trabalho para estar ao lado dele.

Na subcategoria Sobrecarga física os CI apresentaram a obrigação familiar e a proximidade para a prestação de cuidados.

E1 - Que remédio tinha eu, enquanto eu puder... está cá.

E2 – Sempre vivi perto dela.

E3 – Desde pequeno que a acompanho...

E4 – Vivemos juntos há quarenta e tal anos.

Cuidar é dar apoio e ajuda e implica uma sobrecarga física, daí que os cuidadores apresentem algumas dificuldades para essa tarefa.

E1 - Mais trabalho, mas vou conseguindo aguentar.

E4 – Ao princípio consegue-se...com o tempo é mais difícil ... mais pesado...

A sobrecarga emocional foi referida como uma sobrecarga acentuada, em si mesmo.

E1 - ... É uma carga tão grande, será que estou a fazer o melhor, será que isto vai dar -alguma coisa...

E4 - Preocupada, ... exatamente... preocupada, mas pronto, ao mesmo tempo sinto alívio e sinto que estou a fazer aquilo que devo.

Verifica-se que as sobrecargas provocadas pela prestação de cuidados, tanto se refletem nos cuidadores rurais, como nos cuidadores urbanos, ainda que no meio rural haja um espírito de solidariedade sempre presente.

Na subcategoria física e emocional os cuidadores que apresentam mais sobrecarga física e emocional são os que têm mais de 60 anos e são cônjuges, o que mostra que estes ao procurarem dar uma melhor qualidade de vida aos seus familiares, também eles sentem a responsabilidade e preocupação.

Refere Figueiredo (2007:118) ... “apesar de muitos cuidadores informais consideraram a tarefa de prestação de cuidados ...emocionalmente gratificante ... mas as consequências negativas são mais nítidas...sobre a saúde e bem-estar físico, psicológico e social dos cuidadores”.

Os cuidadores ao assumirem a responsabilidade do cuidar, fizeram-no pelo dever, pelo respeito e o afeto, para com o seu familiar, assumiram a responsabilidade dessa causa, com todas as consequências advindas desse processo, bem como as alterações na sua vida familiar, social e laboral.

Análise da categoria cuidados prestados e a não institucionalização

No quadro III – “Relação interpessoal” é constituído pelas categorias; *Cuidados prestados* e *Não Institucionalização* e pelas subcategorias; *Higiene*, *Instrumentos*, *Preocupação e receio*, *Fator económico* e *Recusa*.

Quadro III - Relação interpessoal

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Cuidados prestados.	Higiene	E1 - Por agora, ainda sou capaz de lhe dar banho... Enquanto eu puder ... E2 – Já estou habituada... E3 – Ela consegue fazer-lo sozinha, ainda. E4 – Sinto-me insegura a fazer a higiene ... não tenho força ...é o corpo de um homem..
	Instrumentos	E2 - Agora já estou habituada ... já estamos habituadas, quem põe a sonda sou eu, ou a minha filha.
	Preocupação e receio	E3 - – Estou sempre com medo...Estou sempre a pensar, será que estou a fazer bem? Será que estou a fazer o melhor... E4 - À minha mãe já foi preciso... quando ela foi operada...e o meu pai também...estou sempre preocupado.
Não Institucionalização	Fator económico	E1 - É tudo a pagar, eu ainda fui tratar dos papéis. Não tenho dinheiro as reformas são pequenas...é tudo a pagar... E2 - – Ela, assim, não era capaz de estar ...pro lar só com ajudas, ... e eu não tenho... E3 – não temos rendimentos para isso. E4 – Só a reforma dele não dá e eu estou desempregada e com esta idade ...
	Recusa	E1 – Sou a única pessoa capaz de lhe prestar cuidados. E2 - Ela como esta, não diz sim, nem não. E3 – Já falámos sobre isso, a mãe diz que não quer ir ...o meu pai não respondeu... E4 - Deve ser muito difícil, diz logo... não quero ir para nenhum lar... deixa-me ca estar na nossa casa.

Os cuidados prestados, são a ação onde os cuidadores informais manifestam a sua maior preocupação, devido ao esforço físico e a preocupação para a capacidade de resolução, para prestar cuidados, além disso, muito raramente partilham as responsabilidades com outro familiar e não recebem a formação adequada por parte dos técnicos formais.

Os cuidadores por nós entrevistados, são cônjuges e filhos por isso, mais se destaca essa obrigação, os cônjuges pertencem a uma geração em que os compromissos da vida em comum, eram para o bem e para o mal, enquanto os filhos na falta de outra solução assumiram essa responsabilidade.

Como refere Figueiredo (2007:107) “a solidariedade conjugal é vitalícia, uma vez que se casam «para o melhor e para o pior, na saúde e na doença (...)”

Quando questionados sobre o desempenho da prestação de cuidados, os cuidadores urbanos mostraram algum receio e preocupação, em virtude dos cuidados de manutenção para o bem-estar do seu familiar, como seja a higiene, a alimentação, vestuário, mobilização e cuidados técnicos, requererem praticas minuciosas e exigentes, nos cuidadores rurais parece não se verificar isso, talvez por estarem habituados a desenvolver capacidades de resolução ao não estarem perto dos cuidados formais.

No que se refere à não institucionalização do familiar dependente, alegaram fatores económicos e recusa, quer os cuidadores do meio urbano, como os do meio rural.

E1 – Sou a única pessoa capaz de lhe prestar cuidados, ...e ele não quer.

E2- Ela como esta, não diz sim, nem não ... mas a reforma é tão pequena ...

E3 – Já falámos sobre isso, a mãe diz que não quer ir ...o meu pai não respondeu...

E4 - Deve ser muito difícil, nos dias em que ele está pior, diz logo... não quero ir para nenhum lar.

Salientamos algumas frases dos cuidadores relativamente aos motivos económicos:

E1 - É tudo a pagar, eu ainda fui tratar dos papéis. Não tenho dinheiro as reformas são pequenas...é tudo a pagar.

E2 - – Ela, assim, não era capaz de estar ...pro lar só com ajudas e eu não tenho...

E3 – Não temos rendimentos para isso.

E4 – Só a reforma dele não dá e eu estou desempregada e com esta idade.

As respostas dadas pelos cuidadores vêm ao encontro de Pimentel (2001:59), ao referir “a ideia de deixar de cuidar do idoso dependente e de o colocar numa instituição, associa-se à ideia de abandono, irresponsabilidade, perda e deslealdade”.

Sobre a não institucionalização do seu familiar, os cuidadores apresentaram razões afetivas e a pouca recetividade do idoso quando se referiam a essa possibilidade, bem como às condições económicas, quer do cuidador informal, quer do familiar idoso dependente.

O domicílio é o melhor local para viverem os seus últimos dias, por questões afetivas e por estarem inseridos no seio familiar e não ficarem expostos aos outros, devido às suas alterações físicas e psíquicas e a perda da sua identidade.

A institucionalização é sempre uma preocupação, quer para os idosos, quer para os familiares prestadores, mas à falta de solução familiar é considerada uma resposta de último recurso que acaba por estar sempre presente, principalmente nos meios urbanos, em virtude das alternativas serem limitadas, devido a horários profissionais dos cuidadores e distribuição familiar.

Da nossa observação e do conhecimento empírico podemos dizer que a iniciativa e a decisão de institucionalização parecem ser melhor aceites pelos idosos rurais, ao ficarem sozinhos e antes que fiquem dependentes é procurada de livre vontade, influenciados pelos vizinhos e amigos de uma vida que já se encontram também eles institucionalizados e é uma forma de convívio e de evitar o isolamento, como diz Paúl (2005:100) “os filhos não estão presentes e o companheiro ou companheira de uma vida já não existe”.

Nos meios rurais a inexistência de respostas é uma preocupação constante, daí que a institucionalização seja vista como forma de apoio e acompanhamento, e garantia de apoio em caso de necessidade, em vez do isolamento e de desintegração social.

Análise da categoria sentimentos do cuidador e do idoso

No quadro IV – “Prestação de cuidados”, é constituído pela categoria; *Sentimentos do cuidador e do idoso* e, pelas subcategorias, *Laços familiares* e *Relação de confiança*.

Quadro IV – Prestação de cuidados

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Sentimentos do cuidador e do idoso.	Laços familiares	E1- Oh, oh... claro, sendo eu... é tudo... quando esta cá a minha filha, ela quer ajudar, ele diz logo ...é a tua mãe, é a tua mãe ... E2- Sim ...sim só... esta muito feita a mim ... já antes de estar assim... E3 – Sempre estive ao lado dela ... E4 – Já lá vão quarenta e tal anos de vida em comum...
	Relação de confiança	E2 – Eu ... acho que não havia pessoa que lhe fizesse este trabalho... E4 - Neste momento sim...é muito complicado...ser outra pessoa.

Os cuidados prestados a um familiar idoso dependente é um dever cultural muito enraizado na família tradicional portuguesa. No desempenho dessa relação reforçam-se os sentimentos entre o cuidador e o idoso, mas também as alterações no relacionamento e no comportamento, com constrangimentos muito complexos.

***E1-** Oh, oh... claro, sendo eu... é tudo... quando esta cá a minha filha, ela quer ajudar, ele diz logo ...é a tua mãe, é a tua mãe ...*

***E2-** Sim ...sim só... esta muito feita a mim ... já antes de estar assim...*

***E3** – Sempre estive ao lado dela ...*

***E4** – Já lá vão quarenta e tal anos de vida em comum...*

Como refere Figueiredo (2007:123) “esta relação de dependência vai interferir numa esfera muito pessoal do idoso, a sua intimidade”.

Quando o cuidador é o cônjuge há uma maior relação de confiança e aceitação, devido à intimidade de proximidade entre cônjuges, mas quando o cuidador/a é filho ou filha, esses constrangimentos acentuam-se pelo preconceito e resguardo.

Não encontramos diferenças entre os cuidadores do meio urbano e rural, os quatro cuidadores referiram a categoria *Sentimentos do cuidador e do idoso*, o mesmo aconteceu nas subcategorias, nomeadamente na subcategoria *Laços familiares*, os quatro cuidadores se manifestaram e na subcategoria *Relação de confiança*, apenas dois se manifestaram, sendo um do meio rural e outro do urbano.

O respeito pelo outro está muito vincado culturalmente, seja no meio rural, seja no meio urbano, estamos perante uma geração de respeitar, de obedecer e de nutrição pela confiança.

Análise das categorias Apoios aos cuidadores; Falta de formação e Apoios necessários.

O quadro V – “Apoios formais” é formado pelas categorias; *Apoios aos cuidadores*; *Falta de Formação* e *Apoios necessários*, cujas subcategorias são; *Serviços de saúde*, *Inexistência de formação*, *Iniciativa própria*, *Apoio económico* e *Apoio dos técnicos de saúde*.

Quadro V – Apoios Formais

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Apoios aos cuidadores	Serviços de saúde	<p>E1- A enfermeira passa cá, se a medica passar o papel, para tratar alguma ferida ...e pronto.</p> <p>E2- – À minha filha é que ainda ensinaram e ela ensinou-me a mim, como é que colocava a sonda.</p> <p>E3 – Quando foi operada ainda lhe deram os medicamentos ... mais nada.</p> <p>E4 – Quando ele foi operado... fora disso não houve mais apoio nenhum.</p>
Falta de Formação	Inexistência de formação	<p>E1- Não ...não... olhe vou fazendo conforme sei .</p> <p>E2 – Não ... não ... só aquilo da sonda ...</p> <p>E3 – Nunca tive formação nenhuma.</p> <p>E4 - Nunca fiz ... nem pelo centro de saúde... nunca fomos abordados...não, não.</p>
	Iniciativa própria	<p>E1 – Tive que aprender sozinha.</p> <p>E2 – Veio cá uma enfermeira, comecei a ver como fazia...para eu fazer depois.</p> <p>E3 – Vou conseguindo.</p> <p>E4 – Ninguém sabe dizer o que devemos fazer.</p>
Apoios necessários	Apoio económico	<p>E1- Se eles pudessem dar uma ajudazinha...faz bastante falta.</p> <p>E2 – A reforma é pequena ... não dá pra nada.</p> <p>E3- Devia haver um subsídio ou entidades que dessem uma ajuda.</p> <p>E4 - Quando vamos a Lisboa, vamos de transporte público, vamos no expresso, eu é que pago tudo.</p>
	Apoio dos técnicos de saúde	<p>E1 – Perguntei, nunca disseram nada ... agora o senhor das análises, disse que vinha cá.</p> <p>E2 – Devia haver mais apoios e outros meios.</p> <p>E3 - O centro de saúde, o médico de família deviam prestar mais atenção.</p> <p>E4 – Eu pergunto, mas depois ninguém sabe.</p>

Os cuidadores informais referem que a ajuda dos serviços formais, deviam estar mais disponíveis e prestar mais ajuda, assim como, o esclarecimento das dúvidas, como fazer e quando fazer, porque são eles que têm melhor conhecimento e quais as necessidades, para as intervenções aos familiares idosos dependentes.

Os cuidadores referem que nunca lhes foi administrado nenhum curso de formação, ainda que no centro de saúde e nas unidades hospitalares, tenham conhecimento da dependência do seu familiar.

E1- Não... não, ... a enfermeira passa cá, se a medica passar o papel.

E3 - Nunca tive, nenhuma formação. Eu nunca tive ajuda de ninguém...

E4 – Quando ele foi operado... fora disso não houve mais apoio nenhum ...

Nos apoios técnicos, a cuidadora E2, refere que ensinaram a filha, que não era a cuidadora principal, porque nem sempre está em casa, e esta por sua vez ensinou a mãe, como se processa a colocação de uma sonda gástrica.

E2- – À minha filha é que ainda ensinaram e ela ensinou-me a mim, como é que colocava a sonda.

Os apoios sociais e económicos são talvez, aqueles que os cuidadores, mais manifestam a sua necessidade mas a sua inexistência, para quem cuida de um familiar idoso dependente no domicílio.

Os cuidadores da nossa amostra, apresentam escassos recursos económicos na sua origem, além disso os cuidadores E2 e E4, tiveram que desempregar-se para cuidarem dos seus familiares, o que se traduz em menos rendimentos.

E1- Se eles pudessem dar uma ajudazinha...faz bastante falta.

E2 – A reforma é pequena ... não dá pra nada.

E3- Devia haver um subsídio ou entidades que dessem uma ajuda...

E4 - Quando vamos a Lisboa, vamos de transporte público, vamos no expresso... eu é que pago tudo...

Análise das categorias vantagens e desvantagens e episódios

O quadro “VI – Relações de proximidade” é formado pelas categorias; *Vantagens e desvantagens*; que é constituída pelas subcategorias *Solidariedade* e *Proximidade* e pela categoria *Episódios*, que por sua vez é constituída pelas subcategorias, *Preocupação familiar* e *Vigilância*.

Na categoria *Vantagens e desvantagens*, a percepção do cuidar de um familiar idoso dependente, tanto se reflete em quem cuida em meio urbano, como em quem cuida em meio rural.

Quadro VI - Relações de proximidade

Categorias	Subcategorias	Unidade de registo
Vantagens e desvantagens	Solidariedade	E3 – Se vivesse numa aldeia, ... talvez tivesse ajudas dos vizinhos, aqui não, mesmo que chame alguém ninguém ouve, nas aldeias preocupam-se com os vizinhos. E4 - Nas aldeias, as pessoas são mais amigas, umas das outras, são mais solidarias... aqui na vila cada um faz a sua vida...só que aqui estamos mais perto de tudo.
	Proximidade	E1 – Viver numa vila tem a vantagem de estarmos perto de tudo... o centro de saúde, médicos, farmácia e os transportes E2 - Se vivesse numa vila tínhamos tudo...aqui não temos nada ... até os transportes não temos.
	Preocupação familiar	E1 – Ele não gosta de aceitar a ajuda...mas precisa. E2 – Uma vez levantou-se de noite ... quando eu a ouvi tinha caído, vá lá que não se magoou. E3 – Estou sempre preocupado porque pode acontecer alguma coisa ... como ela não vê... E4 - Uma vez vínhamos de autocarro de Lisboa e ele vinha muito mal... quando foi em Torres Novas, o motorista do

Episódios		autocarro disse-me que o meu marido não podia continuar a viagem, no autocarro porque era um grande risco para o meu marido e para ele, o motorista, também, então tive que vir de táxi ... tive que pagar o táxi.
	Vigilância	<p>E1- Já duas vezes, ela levantava-se para ir fazer...mas não conseguia, não era capaz ...caía...</p> <p>E2 – Tenho que estar sempre à escuta.</p> <p>E3 – Como tem vivido sempre aqui consegue orientar-se ...</p> <p>E4 – Ele ao levantar-se da cama, para ir a casa de banho, eu levanto-me logo a seguir ... estou sempre preocupada com o que pode acontecer, a pessoa nunca consegue estar sossegada.</p>

Nos dias de hoje continua a existir uma assimetria, bastante acentuada, entre viver no meio rural e viver no meio urbano.

Os cuidadores informais rurais apresentaram como desvantagens de viver no meio rural, o isolamento, a falta de apoios formais que são o centro de saúde, a farmácia, e transportes de emergência, em contrapartida apresentam a vantagem do espírito de entre ajuda de proximidade e solidariedade dos amigos e vizinhos.

Referem os cuidadores rurais:

E1 e E2 - ...aqui, não temos nada... (...) até os transportes não temos,... numa vila ou numa cidade, temos tudo.

Os cuidadores informais urbanos E3 e E4 apresentaram como vantagem de viver no meio urbano a proximidade dos apoios formais, e como desvantagem a ausência do espírito de solidariedade dos vizinhos.

E3 e E4 – Se eu vivesse numa aldeia, ... talvez tivesse ajudas dos vizinhos, aqui não, mesmo que chame alguém ninguém ouve, nas aldeias preocupam-se com os vizinhos...só que aqui estamos perto de tudo.

Na categoria *episódios* descritos pelos cuidadores, verificamos que a preocupação é constante, em virtude de terem que fazer uma vigilância permanente, junto dos seus familiares dependentes, principalmente no período noturno e em ambientes exteriores.

E2- Já duas vezes, ela levanta-se para ir fazer...mas não conseguia, não era capaz ...caía...

E4 - Ao levantar-se da cama, para ir a casa de banho, eu levanto-me logo a seguir ... não consigo descansar nada.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com a interpretação e discussão dos resultados, pretende-se compreender os principais impactes, sociais, emocionais e laborais, no cuidador informal que cuida de um familiar idoso dependente, em contexto familiar.

O trabalho desempenhado pelo cuidador informal tem vindo a ser objeto de vários estudos (Sequeira 2007 e 2010; Imaginário 2008; Figueiredo 2007; Lage 2005; Paúl 1997 e 2005), pela sua importância, na prestação de cuidados domiciliados, muito embora, seja pouco reconhecido pelas entidades responsáveis da área social e da saúde.

Alguns cuidadores considerem a prestação de cuidada uma ação positiva, mas, foram as consequências negativas que procuramos destacar, porque são estas que trazem mais impactes e dificuldades, devido às sobrecargas que incidem sobre quem cuida.

Refere Figueiredo (2007:100), citando Mestheneos e Trintafillou, (2005); Sousa e Figueiredo, (2007), “nos países do sul da Europa, a função de cuidador não é legalmente reconhecida, pois encara-se como uma obrigação familiar, dificultando o desenvolvimento que facilitem à família a assunção desse papel com qualidade”.

Os cuidadores informais que prestam apoio aos seus familiares idosos dependentes referem que têm grande dificuldade em conciliar a sua vida familiar e profissional e o acentuar das sobrecargas física e psíquica, devido às responsabilidades assumidas.

O sentir de perto a falta de apoio das estruturas formais, por muita boa vontade e capacidade que cuidador informal tenha, mostra quanto é necessário avaliar a importância do papel desempenhado, na ação do cuidar.

Neste sentido, tendo em vista os objetivos traçados e as questões de investigação propostas, procederemos à interpretação e discussão dos resultados, em conformidade com a sua apresentação.

O Cuidador informal

Os cuidadores informais selecionados para a amostra do nosso estudo, são familiares dos idosos dependentes, cônjuges, filha e filho, o que vai ao encontro dos estudos desenvolvidos por investigadores, nesta área, Sequeira (2010 e 2007) Figueiredo (2007), Lage (2005) e Paúl (1997 e 2005).

No estudo, a prestação dos cuidados é executada maioritariamente pelo género feminino, três cuidadoras e por um cuidador masculino, a sua idade situa-se entre os 38 anos e os 74 anos, traduzindo uma média de idades de 58 anos.

O período de tempo, em que prestam cuidados, situa-se entre os três anos e os trinta anos e não partilham a responsabilidade dos cuidados, com outro cuidador.

Em termos de atividade laboral, uma cuidadora é doméstica (E1), e as outras duas cuidadoras (E2 e E4), uma é cozinheira e outra queijeira, respetivamente, mas optaram por desempregar-se, para poderem cuidar dos seus familiares, enquanto o cuidador masculino (E3) esta empregado, com alguma dificuldade, vai conseguindo conjugar os horários da vida profissional e da prestação de cuidados ao seu familiar.

Os cuidadores que compõem a amostra, dois são provenientes do meio urbano e dois do meio rural, respetivamente. Destacamos também que tivemos algumas dificuldades em encontrar cuidadores informais de familiares idosos no meio rural, na freguesia selecionada, devido aos idosos que vivem sozinhos optarem pela institucionalização voluntária, por influência dos amigos e vizinhos, antes que fiquem sem autonomia para efetuar as suas ABVD, uma vez que os filhos não se encontram por perto.

Como diz Paúl et.al., (2005:100) “a figura dos prestadores de cuidados informais no meio rural não tem expressão, porque não está presente a geração dos filhos e o cuidado entre pares é mútuo dentro do casal, refletindo a divisão de tarefas praticada ao longo da vida”.

O Contexto da prestação de cuidados

No contexto da prestação de cuidados inserido nas entrevistas efetuadas procurámos conhecer e identificar os impactes percecionados pelos cuidadores que assumiram a responsabilidade da prestação de cuidados do familiar idoso dependente.

Tendo por base as respostas às entrevistas e recorrendo ao enquadramento teórico que fundamenta a presente investigação, procedemos a uma interpretação dos resultados obtidos, fundamentada com alguns autores, apresenta também um visão interpretativa pessoal que resulta da lógica investigativa descrita anteriormente.

No Bloco temático *Impactes da prestação de cuidados*, foi constituído com as categorias: *Motivação para ser CI; Sentimentos e atitudes; Impactes na saúde*.

As motivações que os cuidadores informais apresentaram para cuidar do seu familiar, foram a amizade e ternura, dever e obrigação e a coabitação.

Os sentimentos e atitudes estão relacionados, pela relação afetiva, parentesco, hábitos familiares, tempo e lazer, estado de humor e organização.

Os impactes na saúde dividem-se em alteração da saúde, suporte emocional e prestação de cuidados.

Verifica-se que os cuidados prestados pelos cuidadores aos seus familiares idosos, abrangem um conjunto muito alargado de tarefas e preocupações, pela responsabilidade assumida.

Como refere Lage (2005:203), “a função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, ate ao ponto de ser considerada como uma tarefa diretamente sua”.

Os cuidadores informais que prestam apoio aos seus familiares idosos dependentes, consideram que têm um dever e uma obrigação para com os seus, um gesto que continua a estar muito presente, na sociedade portuguesa, principalmente nos meios rurais e no meio urbano das cidades do interior.

E1 – foi um AVC ... ele não faz nada ... tenho que o vestir, tenho que o arranjar, dar-lhe o comer ...

Para além das motivações que os cuidadores apresentaram para cuidarem dos seus familiares idosos dependentes, foram as variáveis tempo e a responsabilidade, que os levou a crer que a duração do episódio era periódico, mas posteriormente foram assimilando as consequências e as responsabilidades dessa ação.

E2... eu sabia que era uma responsabilidade muito grande; E3 ...mudou tudo, eu não tenho vida, uma preocupação constante”.

Refere Sequeira (2010:285), citando Pearlin e Zarit (1993) “ cuidar de um familiar, (...) interfere com a estrutura e com a dinâmica da família, podendo mesmo constituir uma experiência física e emocionalmente stressante”.

Pela análise das respostas verificamos que o cuidar, para além do caráter do afeto e da obrigação, traz consequências negativas com implicações na família, no estado de saúde e nas suas relações sociais.

Sobrecargas

No bloco temático *Sobrecargas* é constituído pelas categorias, *Consequências da prestação de cuidados* que são formadas pelas subcategorias, *implicações na vida social e na vida profissional*, enquanto na categoria *Aquisição de responsabilidades* têm a as subcategorias *obrigação familiar, sobrecarga física e emocional e responsabilidade*.

A sobrecarga acontece quando as exigências do cuidar e as necessidades sentidas pelo cuidador excedem a sua capacidade de resposta.

Para George e Guyther (1986:53), cita Figueiredo (2007:119) “consideram sobrecarga “ como os problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que podem ser experimentados pelos membros da família que cuidam de idosos incapacitados”.

A obrigação familiar de prestar cuidados, obriga a esforços físicos devido à dependência do familiar e à sobrecarga emocional, uma preocupação sempre presente. Cuidar de um familiar idoso não é tarefa fácil, como diz Figueiredo (2007:118) “até pode trazer alguns benefícios, mas normalmente esta situação é vivida como um problema, perante às exigências que advêm dessa situação e as consequências daí surgidas”.

Refere Sequeira (2007:129) que cita Santos (2003), “a tensão provocada pela complexidade dos cuidados e pelo facto de este cuidar se tornar uma prática sistemática, leva a que os cuidadores “se esqueçam” de si e se concentrem apenas no cuidar, o que pode constituir um fator de morbilidade”.

Os quatro cuidadores referem que houve implicações na sua vida social e profissional, ao assumirem a prestação de cuidados dos familiares idosos.

Cuidar de familiares idosos dependentes conduz a mudanças do estilo de vida familiar, à redução de contactos sociais habituais, abandono da vida profissional, para poder cuidar, conduzindo muitas vezes ao isolamento social.

Relação interpessoal

Esta dimensão é constituída pelas categorias *Cuidados prestados e Institucionalização*.

A família continua a ser base de apoio nos momentos de maior fragilidade, seja na alteração das relações familiares dos filhos, seja no momento do cuidar dos mais idosos quando se encontram incapacitados para o desempenho das suas ABVD.

Nos *Cuidados prestados*, temos as subcategorias *higiene, instrumentos, medicamentos e preocupação e receio* e, na categoria *Institucionalização* temos a subcategoria *fator económico e recusa*.

Os cuidados prestados pelos cuidadores informais, a ajuda e a realização de algumas tarefas básicas fazem parte do cuidar, como a seja a higiene, a utilização de instrumentos e a medicação para o bem-estar de quem esta dependente. São tarefas que foram sendo adquiridas para as quais os cuidadores não estavam habilitados, nem receberam formação dos técnicos formais para isso, a aquisição de capacidade de resolução foi adquirida na rotina da prestação de cuidados.

Por isso, existe sempre a preocupação da utilização de alguns mecanismos nos cuidados prestados.

E2 ... quem põe a sonda, sou eu, com a ajuda da minha filha...

E4 ... estou sempre com receio...quando faço qualquer coisa...

O desempenho destas tarefas, prolonga-se no tempo, inicialmente não previam um tão longo período de prestação de cuidados, sempre julgaram que o episódio tivesse solução médica, com o passar do tempo isso não se verificou e foram criando as suas estratégias de coping, como refere Figueiredo (2007:162) “traduz as medidas usadas para resolver, suportar, reduzir ou minimizar as exigências internas ou externas, com que se deparam ao indivíduo”.

Institucionalização

A institucionalização é uma das opções mais difíceis de tomar para muitos cuidadores informais, devido à relação de amor e afeto e obrigação e dever, entre o cuidador e o familiar a cuidar.

É um dilema que se coloca, quase sempre entre pais e filhos, principalmente quando estes estão ausentes, ou vivem nos grandes meios urbanos, porque entre cônjuges é raro acontecer, porque são o apoio um do outro e a institucionalização só tem sentido, se for em comum.

Os cuidadores entrevistados apresentaram como principal razão, para a não institucionalização, as relações afetivas e a recusa por parte do idoso, no entanto as dificuldades económicas também são destacadas, como refere a cuidadora E2... *“pro lar, só com ajudas, as despesas são muitas e a reforma dela é pequena... e eu não tenho...”*, a cuidadora E4 diz que é muito difícil ele aceitar a institucionalização... *“nos dias que ele está pior, diz logo, eu não quero ir para nenhum lar ... deixa-me estar na nossa casa”*.

Para os cuidadores informais rurais, a questão da institucionalização, só se coloca em casos excecionais, porque a prestação de cuidados está inserida numa cultura do cuidar, de ajuda e de proximidade.

No que se refere aos cuidadores informais urbanos quando estão em idade ativa, a opção da institucionalização está quase sempre presente, devido a terem uma vida profissional por conta de outrem, com horários por cumprir, a prestação de cuidados para com os filhos e o espaço habitacional não é o mais apropriado para deixar um familiar idoso dependente sozinho, durante várias horas sem vigilância, e a ajuda dos vizinhos não está presente, como acontece nos ambientes rurais.

Verifica-se nos depoimentos dos cuidadores que estes, consideram muito importante o respeito pela vontade do familiar dependente.

Prestação de cuidados

A dimensão da prestação de cuidados, é constituída pela categoria *Sentimentos do cuidador e do idoso*, está subdividida em duas subcategorias, *laços familiares e relação de confiança*.

Com o aumento da esperança de vida, haverá cada vez mais pessoas idosas a necessitar de apoio na prestação de cuidados dos seus familiares, em virtude da sua autonomia ir diminuindo.

A dimensão dos cuidados, insere-se numa relação de laços familiares, confiança e aceitação.

Como refere Figueiredo (2007:123) “esta relação de dependência vai interagir numa esfera muito pessoal do idoso, a sua intimidade”.

Quando o cuidador é o cônjuge há uma maior relação de confiança e aceitação, devido a uma intimidade de proximidade, mas quando o cuidador é filha ou filho esses constrangimentos acentuam-se, devido aos preconceitos e resguardo, entre pais e filhos.

A prestação de cuidados a um familiar idoso dependente, para além de ser considerado um dever e obrigação, nomeadamente a troca do dar e do receber, está muito enraizado na família tradicional portuguesa.

Como diz Figueiredo (2007:107) “a solidariedade conjugal e a obrigação dos filhos fazem parte dessa tradição”.

E1 ...Oh...oh... claro, sendo eu é tudo... quando a minha filha quer ajudar, ele diz logo... é a tua mãe, é a tua mãe.

E4 – Desde pequeno que estou com ela.

A relação familiar é a base de confiança, dos laços familiares e da aceitação, por parte do familiar idoso dependente para que permita a realização de algumas tarefas relativamente ao cuidar, como é descrito pelos cuidadores.

Apoios formais

Os Apoios formais são constituídos pela categoria *Apoios aos cuidadores*, com as subcategorias *serviços de saúde*, e *apoio de formação*, e pela categoria *Falta de Formação*, subdividida pela *ausência de formação e iniciativa própria* e na categoria *Apoios necessários*, subdividida em *apoio económico* e *apoio dos técnicos de saúde*.

Sobre os apoios formais, os cuidadores informais destacam a falta de apoios dos serviços de saúde, a falta de formação para a prestação de cuidados e a falta de apoios sociais.

E3 ... nunca ninguém me ensinou nada ... nunca tive formação nenhuma;

E4 ... não, nunca fiz... aí é outra ... ninguém sabe dizer, o que devemos fazer.

Os apoios de cuidados inserem-se no contexto da prestação de cuidados e assumem duas formas distintas de apoio: o formal e o informal.

No sistema formal, os cuidados são prestados por pessoal especializado para essa ação, como diz Sequeira (2007:97) “é a prestação de cuidados executada por profissionais devidamente qualificados para o efeito (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos ...)”.

No sistema informal o apoio e a prestação de cuidados são executados e realizados num ambiente de familiaridade (cônjuges, filhas noras e filhos) e de solidariedade (amigos e vizinhos), sem formação técnica para o efeito e sem remuneração atribuída, pelo trabalho desenvolvido ou prestado, (*ibidem*).

Os apoios sociais e económicos, são determinantes para a ajuda das necessidades do idoso e do seu familiar, as deslocações periódicas que são necessárias efetuar para a realização de exames médicos obrigatórios ou tratamentos morosos e dolorosos aos grandes centros, são prova de que algum apoio monetário é necessário ou à falta disso o doente devia ser transportado em meios adequados ao tratamento que vai efetuar.

Quando foi colocada a questão, se deviam existir mais apoios a quem cuida de um familiar idoso, foi referido que era muito desejável.

E1 ... acho...acho... e fazia bastante falta ... se eles pudessem dar uma ajudazinha.

E4 ... dizem que os doentes oncológicos e doenças crónicas, têm direito, mas é só no papel...há três anos que cortaram tudo e nunca mais deram nada...

Pela descrição dos cuidadores informais, verificamos que os apoios de saúde são escassos, e os apoios sociais são mesmo inexistentes.

Refere Imaginário (2008:199) citando Pipaón, Oteiza e Corera (2002) num estudo que efetuaram, foi verificado que a escassez de apoios formais era de 74% aos cuidadores informais que não recebiam nenhum apoio.

Em contra ciclo aos países do sul da Europa, temos os países nórdicos, principalmente na Dinamarca, que continua a prestar apoio às pessoas idosas quando deixam de ser autónomas, como diz Figueiredo (2007:99) “é dos países com maior oferta de rede e de serviços formais é das mais alargadas e onde o Estado assume a maior parte da responsabilidade da prestação de cuidados”.

Relações de Proximidade

As relações de proximidade são constituídas pelas categorias “*Vantagens e desvantagens*”, com a subcategoria *solidariedade e proximidade* e a categoria *Episódios*, subdividida em *preocupação e vigilância*.

A prestação de cuidados é quase sempre exercida em ambiente de dificuldade física ou emocional, no entanto quando essa ação é efetuada em ambientes escassos de recursos, torna-se ainda mais complexa.

As vantagens e desvantagens de ser cuidador informal numa aldeia rural do interior ou num centro urbano, requer alguma adaptação, uns pela ausência de recursos, outros pela ausência de solidariedade.

Os cuidadores informais referiram isso mesmo, nas respostas às questões colocadas:

E1- Numa cidade era bem melhor ... há os transportes, o centro de saúde, o médico, a farmácia, ...aqui não há nada.

E4 - Morar numa aldeia, as pessoas são mais amigas umas das outras, são mais solidárias ... só que, aqui na vila, estamos mais perto de tudo... é só essa a vantagem, mais nada.

Sobre os impactes do cuidar verificamos que são percecionados do mesmo modo quer na motivação ... *amizade e ternura ... dever e obrigação*, quer nos impactes da saúde ... *sim, a saúde foi muito afetada...*, quer nos impactes emocionais ... *estou sempre preocupada, eu não sou capaz de dormir... eu não ando normal.*

Como diz Sequeira (2010:285) “cuidar de um familiar idoso dependente interfere na vida pessoal, familiar e laboral do cuidador informal”.

Os cuidadores rurais apresentaram como vantagens a proximidade e solidariedade dos vizinhos e amigos que existem na aldeia, mas assinalam que as respostas formais são escassas ou mesmo inexistentes e distantes como é o caso do centro de saúde, farmácias e transportes emergentes.

Enquanto os cuidadores urbanos elegeram a proximidade dos apoios formais, o centro de saúde, transportes emergentes e comércio e serviços, mas, manifestaram a falta de solidariedade dos amigos e vizinhos, quando precisam de apoio.

Episódios

Cuidar de uma familiar idoso dependente é sempre uma preocupação e requer uma vigilância constante, daí que a limitação do espaço e do tempo e a responsabilidade da prestação de cuidados sejam referidos, nos vários blocos temáticos contextualizados.

Os episódios descritos, por dois cuidadores informais, são relativos ao acompanhamento às unidades de saúde fora da localidade de habitação e ao ambiente domiciliado.

E3 ... um dia vínhamos de Lisboa de autocarro, o meu marido vinha muito mal ...em Torres Novas, o motorista disse que ele não podia continuar, ... era muito responsabilidade para ele e um grande risco para o meu marido ...tive que vir de táxi a partir de lá...

E4 – Ele ao levantar-se da cama, para ir a casa de banho, eu... levanto-me logo a seguir porque estou sempre preocupada com o que pode acontecer, a pessoa nunca consegue dormir sossegada.

O Cuidador informal em contexto rural e contexto urbano

As abordagens efetuadas, neste trabalho, incidem sobre os cuidadores informais e os impactes percecionados, pela ação de cuidar de um familiar idoso dependente, em ambiente rural e em ambiente urbano.

Nesse sentido entendemos ser pertinente incluir a questão no guião da entrevista, as vantagens e desvantagens de ser cuidador informal, numa aldeia rural e num centro urbano”, porque os acessos aos recursos formais de apoio a quem cuida e a quem é cuidado, num contexto rural, sempre foram difíceis e hoje continua a verificar-se, ainda mais, essa dificuldade.

Sobre os impactes do cuidar verificamos que são percecionados do mesmo modo pelos cuidadores informais, *na motivação ... amizade e ternura ... dever e obrigação, quer nos impactes da saúde ... sim, a saúde foi muito afetada..., quer nos impactes emocionais ... estou sempre preocupada, eu não sou capaz de dormir...*

Como diz Sequeira (2010:285) “cuidar de um familiar idoso dependente interfere na vida pessoal, familiar e laboral do cuidador informal”.

Os cuidadores rurais apresentaram como vantagens de viverem ambiente rural, a proximidade e solidariedade dos vizinhos e amigos, como desvantagens mencionaram a falta de respostas formais da saúde, sociais, como é o caso do centro de saúde, farmácias e transportes emergentes.

Os cuidadores urbanos elegeram a proximidade dos apoios formais, o centro de saúde, transportes emergentes e comércio e serviços, mas, em contrapartida, manifestaram a falta de solidariedade dos amigos e vizinhos, quando precisam de apoio.

Daí que as dificuldades percecionadas pelos dois tipos de cuidadores informais, sejam vivenciadas do mesmo modo, embora em contextos diferentes, evidenciando-se a sobrecarga emocional, as implicações na vida social, na prestação de cuidados, os problemas económicos, pouco apoio formal na saúde e nos serviços sociais.

Pela descrição apresentada pelos cuidadores, verificamos que se coadunam com vários estudos referentes ao tema, sendo de destacar o estudo “Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal”, (Fonseca et.al., 2005:97), in Paúl e Fonseca, Coord. (2005), onde referem que viver numa aldeia não é tão idílico como parece, uma vez que quem vive nestes meios debate-se com inúmeras necessidades, como a ausência de serviços sociais, de saúde e de transportes (...)” .

As assimetrias entre os centros urbanos e os meios rurais sempre se caracterizaram muito divergentes nas relações pessoais, pela solidariedade e pela oferta de estruturas sociais, de saúde, transportes, bens e serviços e, hoje continuam a diferenciar-se.

Devido à falta desses recursos, o êxodo rural tem vindo a aumentar nas últimas décadas, contribuindo ainda mais para a sua desertificação populacional ativa, ficando os mais idosos desprotegidos de cuidadores informais e dos recursos essenciais.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O envelhecimento populacional é um fenómeno que tem vindo a aumentar ao longo das últimas décadas e prevê-se que continue a aumentar no futuro, devido a isso, também haverá cada vez mais pessoas dependentes a necessitar de ajuda, para a realização das suas ABVD, onde a família terá um papel preponderante e, de onde emerge a figura responsável pelo cuidar desses familiares idosos, que é o cuidador informal.

O objetivo deste trabalho foi procurar identificar a perceção dos impactes no cuidador informal sobre a sua vida social, emocional e profissional bem como o cuidador informal percebe os impactes em cuidar do familiar idoso dependente, principalmente quando são originados por um episódio inesperado, como um acidente cardiovascular, uma intervenção cirúrgica ou doença crónica degenerativo.

A metodologia qualitativa e os instrumentos utilizados, que são o questionário sociodemográfico e a entrevista semiestruturada, adequaram-se aos nossos objetivos.

Com a caracterização sociodemográfica verificamos que os cuidadores são maioritariamente femininos, coabitam com os familiares idosos, são cônjuge ou descendentes diretos, o que vai ao encontro dos estudos de vários investigadores, (Sequeira, 2012;2007; Figueiredo, 2007; Lage, 2005), e através de entrevista semiestruturada, identificamos algumas das consequências mais frequentes, por cuidarem de um familiar idosos dependente.

Em termos de resultados, com base no contexto das entrevistas, os cuidadores mostraram, ao nível da prestação de cuidados, dificuldades emocionais, alterações sociais e familiares, pouco apoio dos técnicos de saúde e das instituições oficiais e restrições económicas.

Quanto ao grupo etário, situa-se entre os 38 anos e os 74 anos, dando uma média de idades de 58 anos. No que se refere ao parentesco, duas cuidadoras são cônjuges e outra cuidadora é filha e o cuidador masculino é também filho, verificando-se que são os familiares diretos que mais apoiam. As cuidadoras com mais idade são cônjuges, com 74 e 65 anos respetivamente e os mais novos são filhos com idade de 52 e 38 anos. Na questão laboral, uma cuidadora está reformada, uma cuidadora é cozinheira e outra queijeira, estas duas desempregaram-se voluntariamente, para poderem cuidar dos seus

familiares e o cuidador masculino é auxiliar técnico de um organismo público e vai conseguindo coordenar a vida laboral, com a de cuidador.

Cada um dos quatro cuidadores partilha a mesma habitação com o familiar que cuidam, devido à proximidade familiar, cônjuges e filhos. No desempenho das ABDV, as pessoas dependentes requerem apoio permanente e vigilância, uma por estar acamada, outra porque sofreu um AVC ficando quase imobilizado e sem recuperação, um outro devido as várias intervenções a que foi submetido, requer vigilância e auxílio constante e por fim a quarta pessoa é invísiel há trinta anos, pelo que precisa de apoio para o desempenho das várias AIVD e acompanhamento e vigilância.

A motivação e espontaneidade com que assumiram a prestação de cuidados, foi descrita pelos familiares cuidadores, por terem surgido episódios inesperados na alteração do estado de saúde do seu familiar e da relação de familiaridade e intergeracionalidade, entre o idoso dependente e os cônjuges, a filha e o filho.

Na subcategoria dever e obrigação foram os cônjuges e os que têm mais idade, apresentam o estado de humor mais acentuado e mais alterações de saúde, os mais novos tornaram-se cuidadores por viverem com o seu familiar que precisava de apoio, e não apresentam as alterações atrás descritas.

Na dimensão da sobrecarga os cuidadores informais com mais idade, evidenciaram mais sobrecarga física e sobrecarga emocional, acentuada com a aquisição de responsabilidades para a prestação de cuidados.

Em contexto rural os cuidadores apresentaram menor sobrecarga na vigilância, uma vez que os vizinhos colaboram, sempre que seja necessário ausentarem-se, devido às tarefas domésticas e familiares, enquanto os cuidadores urbanos mostraram que não têm qualquer relação de proximidade com a vizinhança, daí que as mudanças de hábitos sociais e laborais se alteraram completamente.

Na categoria dos cuidados prestados, relacionadas com o manuseamento dos equipamentos, com a medicação e tratamento, os cuidadores mostraram alguma capacidade e hábito, mas também algum receio no saber fazer.

Quanto às razões apresentadas pelos cuidadores, para a não institucionalização, dos seus familiares, foram referidas as relações pessoais, as relações afetivas e o respeito pela vontade do familiar idoso.

A decisão de institucionalizar um familiar idoso, é sempre uma decisão difícil de executar, na medida em que existe uma ligação estreita entre quem cuida e é cuidado, é considerado abandono e deixar de dar seguimento à tradição do cuidar de quem nos

cuidou, muito presente, ainda, nas sociedades do interior do país, principalmente nos meios rurais, mas estes encontram-se desertificados ou em desertificação, e a institucionalização já é encarada como local de encontro e de apoio, daí que Paúl (2005:100) refira “a população idosa das aldeias rurais não têm os filhos por perto e a institucionalização é uma opção voluntária dos idosos enquanto lúcidos”.

No que se refere à categoria dos apoios formais, os cuidadores informais manifestaram a falta de apoio dos serviços sociais e da saúde, formação e informação, também a falta de apoios para as deslocações às unidades hospitalares, quer regionais, quer nacionais, onde os idosos têm que se deslocar periodicamente e os meios de transporte públicos não são os adequados, principalmente no regresso, após os tratamentos efetuados.

Os cuidadores rurais apresentam como maior dificuldade em viver no meio rural, não terem acesso fácil e rápido, aos meios de transportes humanitários, principalmente os emergentes, devido a distância que se encontram, a deslocação à unidade de saúde local não se torna fácil, se for necessário algum apoio, após as vinte horas, em dias úteis e após as catorze horas nos dias não úteis, ficam dependentes do hospital distrital a cerca de cinquenta quilómetros de distância, enquanto nos meios urbanos há sempre outras alternativas de acesso.

Podemos verificar que cuidar de um familiar idoso dependente, implica assumir uma responsabilidade com consequências negativas que interferem na vida do cuidador através das sobrecargas advindas dessa ação.

As dificuldades e os sentimentos entre os cuidadores rurais e urbanos, não divergem muito uns dos outros, designadamente a dificuldade no ato de cuidar, a falta de apoios formais e de formação, apoios pouco adequados nas deslocações aos tratamentos periódicos, a efetuar nas unidades de saúde, fora da área da residência.

Constatamos que a rede apoio formal foi destacada pelos cuidadores como pouco expressiva nos apoios técnicos e na formação.

É um facto que os apoios aos familiares que cuidam dos seus idosos dependentes são insuficientes, daí que as redes de apoio formais, devam ter uma ação mais representativa no acompanhamento dos idosos e nos seus cuidadores.

Podemos salientar com base no estudo efetuamos, que a prestação de cuidados efetuada pelo cuidador informal, está pouco apoiada formalmente e os apoios sociais são insuficientes, onde muitas vezes, não passam de informação geral e burocratizada, quando é necessário recorrer a eles e, talvez por isso, seja pouco visível pela própria

sociedade em que estão inseridos, onde sobressai mais o idoso dependente e não o cuidador informal com toda a sua responsabilidade inerente ao cuidar do seu familiar.

Baseados no estudo que efetuamos, achamos por bem referir as seguintes sugestões:

- A realização de ações de formação, na área da saúde e do social aos cuidadores informais de familiares idosos, contemplando as necessidades dos mesmos, será um contributo para uma melhor prestação de cuidados. Assim, estes cuidadores vão realizar os cuidados com maior competência e menos preocupação e receio, em virtude da aquisição de conhecimentos, essencialmente, no atenuar da sobrecarga física e emocional, mas também, nas outras ações relacionadas com o cuidar.

As ações de formação promovem uma melhor integração, socialização e de bem-estar, devido à absorção de mais capacidades perante os desafios que possam surgir.

Além disso, os cuidadores, ao adquirirem mais e melhores conhecimentos sobre os cuidados a prestar aos seus familiares, assumem um papel fundamental no comportamento e nas atitudes nesse desempenho.

Pensamos que seria útil a criação de um grupo de profissionais de proximidade para a acção com os cuidadores de doentes paliativos, esta ideia é compatível com Martins (2010) ao referir que “As competências profissionais de proximidades são, indispensáveis, para a acção com doentes paliativos e seus familiares”.

O mesmo autor acrescenta que “o sofrimento dos doentes e da sua família bem como a situação de morte iminente implicam o desenvolvimento de competências específicas e especializadas por parte dos assistentes sociais e acrescentamos de todar a equipa técnica que integrarem esta equipa”.

Com a solicitação de apoios formais, pelos cuidadores informais, e a necessidade de melhoria das estruturas de apoio e prevenção, a realização destas, contribuem para assegurar uma melhor qualidade de vida a quem cuida e a quem é cuidado e permite mais proximidade aos técnicos de saúde, humanizando as ações de apoio e promovendo a interligação entre eles.

A outra sugestão que entendemos ser pertinente, é o reconhecimento profissional da atividade desempenhada pelos cuidadores informais, pelas entidades sociais e da saúde, pela importância do papel desempenhado, uma vez que estes familiares se dedicam a tempo inteiro à prestação de cuidados, com prejuízo para a sua atividade social, emocional e profissional.

Este reconhecimento, da prestação de cuidados informais, contribuiria, por certo, para haver menos isolamento dos idosos dependentes e do seu cuidador, para uma

melhor proteção dos idosos, favorecendo o não abandono pelos familiares, uma vez que estes se confrontam, muitas vezes, com a falta de recursos monetários e com sobrecarga familiar, evitando o aparecimento de muitos lares clandestinos, nos centros urbanos.

Nem sempre as ofertas das respostas sociais se coadunam a um idoso dependente, em comparação com outros beneficiários, com menos limitação física e cognitiva, daí que a prestação de cuidados executada pelos cuidadores informais devia ter legislação mais adequada, como já existe para os cuidadores de crianças, como é o caso das amas de berço e outros cuidadores e protetores de jovens e adultos, com vista à sua reinserção social.

Ao promovermos condições de bem-estar social e de saúde aos cuidadores informais de familiares idosos dependentes, estes também beneficiarão, bem como os que estão inseridos no mesmo ambiente, porque ao criarmos melhor qualidade de vida para uns, criamos melhor apoio para todos.

A realização deste trabalho foi, para nós, uma oportunidade e uma forma de destacar e reconhecer a importância do papel desempenhado pelo cuidador informal e, conhecer os impactes negativos advindos dessa ação, ao assumir a responsabilidade de prestação de cuidados, a um familiar idoso dependente, que passa a ser dependente de outros, para ter alguma qualidade de vida.

O estudo que agora apresentamos foi um momento de grande aprendizagem e motivação e esperamos de alguma forma, ter contribuído para realçar o trabalho e a importância do papel do cuidador informal, na sociedade de hoje e de amanhã, para que possa trazer benefícios a quem cuida e a quem é cuidado e que ambos tenham uma vida digna.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios Familiares*. (2ª ed). Coimbra - Quarteto.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família* – Lisboa - ISCSP/UTL.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa- Edições 70.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso*. 3ª Ed. Porto - Legis Editora.
- Brito, L. (2002). *A saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. - Coimbra- Quarteto.
- Boni, Valdete, Quaresma e Sílvia (2005) – Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais, in *Revista Eletrónica dos Pós Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, vol.2, nº1, Janeiro-Julho/2005:68-80.
- Cardão, S. (2009). *O idoso Institucionalizado*. Lisboa - Coisas de Ler.
- Cárter, B., & Mcgoldrick, M. (1995). *As mudanças do ciclo de vida familiar*. POA: Artes Médicas.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento e dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19:773-781.
- Câmara Municipal de Nisa (2009) - *Equipamentos sociais no concelho de Nisa*. http://www.cm.nisa.pt/accaosocial/Diagnostico_accaosocial.pdf, pesquisado em 27/08/2013-22:30.
- Carmo, H. (1998) – *Metodologia da Investigação*. Lisboa: - Universidade Aberta.
- Casara, M., Cortelletti, I., Both, A. - 2006 - *Educação e envelhecimento humano* – EDUCS.
- Collière, Marie Françoise (1989) – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Correia, C.; Teixeira, R. e Marques, S. (2005). A Família do Doente Dependente. *Servir.. 53(3): 126-131*.
- Costa, M.; Agreda, J.; Ermida, J.; Cordeiro, M.; Almeida, M; Cabete, D.; Veríssimo, M.; Grácio, E. e Lopes, A. (1999). *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra - Formasau.
- Coutinho, C. (2014) – *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra - Edições Almedina.
- Coutinho, C. & Chaves, J. (2002) - *O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação, Volume 15, número 1, 221-244.
- Direção Geral de Saúde. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Autor – Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M., Machado, R. e Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de doentes com AVC. *Sinais Vitais, 43: 31-35*.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000)– *Psicologia do Envelhecimento* – Lisboa – Climepsi Editores, Lda.
- Fortin, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação* - Loures - Lusociência, D. L. 2009. 595p.
- García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Ministério de Sanidad y Política Social/Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INSERSO).
- Gil, A. (2010). *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa - Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Guerra, M. (2007). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção* – Lisboa - Principia Editora, Lda., Estoril. Lisboa.

Guimarães, P. (1998) – *O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular*. “Revista Geriatria”. Lisboa. Ano 11, nº 101 (janeiro) pp 11-20.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar* – Coimbra - Formasau-Formação Saúde Edições, Lda.

INE- Censos Demográficos (2011). *População Residente em Nisa*.
http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html, pesquisado em 25/08/2013-21:40.

Lage, M. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 202-229). Lisboa - Climepsi.

Leandro, M.; Nossa, P.; Rodrigues, V. (2009) – *Saúde e Sociedade- Os contributos (in) visíveis da Família*.- Viseu – Psicosoma.

Marques, M. (2011). *Discriminação da terceira Idade* – Lisboa. Fundação Manuel dos Santos.

Martins, A. (2010). *A medicina paliativa como medicina de proximidade. Suspensão dos julgamentos gerais e acção médica em regime de familiaridade*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Nova de Lisboa (Doutoramento em Sociologia), Lisboa.

Martín, I. (2005). *O cuidado informal no âmbito social*. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (179-202). Lisboa - Climepsi.

Mensagem do Secretário Geral da ONU – 10º aniversário Dia Internacional da Família. (2004). *Revista_pretextos_nº15/Março*.www.4.seg-social.pt/documents/10152/63350–
Pesquisado em 20/03/2014: 22:15.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009). *A Dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa - Autor - Centro de Informação e de Documentação.

Monis, C. (2005) *Sobrecarga do Cuidador Informal*. *Informar*, 11 (35):49-56.

Moura, C. (2014) – *Idadismo – Prioridade na Construção Social da Idade*. Porto - Euedito.

Neto, E. e Cunha, G. (s/d). Teorias Biológicas do Envelhecimento. Em E. Freitas; L. Py; F. Cançado; J., Doll e M. Gorzoni (2006) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed.) (pp. 13- 22). - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Oliveira, B. 2010 – *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* - Oliveira de Azeméis - Livpsic.

Pardal, L. e Lopes, E. (2011) *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto - Areal Editores.

Paúl, C. e Ribeiro, Óscar, 2012:XVII-Introdução, in *Manual de Gerontologia* – Lisboa – Lidel.

Paúl, C.; Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal* – Lisboa - Coordenadores – Climepsi Editores.

Pimentel, L. (2005) – *O lugar do Idoso na família* – Coimbra – Quarteto.

Pereira, F. (2012) – *Teoria e Prática da Gerontologia* – Viseu – Psicossoma.

Pereira et.al., (2009) – *Envelhecimento e Saúde: Uma perspetiva psicológica sobre idosos e cuidadores* – “ in Leandro, Nossa, Paulo - Saúde e Sociedade – *Os Contributos (In)visíveis da Família*”. – Viseu – Psicossoma.

Quivy, Raymond ; Van Campenhoudt, Luc - *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa - Gradiva, 1998:282.

Ramos, N. (1993) – *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré. De la tradition à la modernité. Un étude ethnopsychologique*.- Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade de René Descartes, Sorbonne, Paris, Vol. I E II.

Ramos, N (2005). *Famílias e crianças em contexto de pobreza e exclusão – do desenvolvimento à saúde e à educação*. In: *Psychologica*, 38.

Ribeiro, O.; Paúl, C. (Coord.); (2011) – *Manual de Envelhecimento Activo*. Lidel.

Rebelo, Ângela (1996) – *Prestadores de cuidados informais: a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia*.”*Revista Geriátrica*”. Lisboa. - Ano 9, nº81 (Janeiro22:28).

- Relvas, A. (1996) *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistémica*. Porto - Edições Afrontamento.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa* – Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Saldanha, H. – (2009) – *Bem Viver para Bem Envelhecer – Um desafio à Gerontologia e à Geriatria* – Lisboa – LIDEL
- Santos, D. (2008) *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: Um Estudo no Conselho da Lourinhã*. (Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde não publicada). Universidade Aberta. Lisboa.
- Santos, P. (2002) – *A depressão no idoso: Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra - Quarteto Editora.
- Sarmiento, E; Pinto, P. e Monteiro, S. (2010) *Cuidar do Idoso, dificuldades dos familiares*. Coimbra - Formasau.
- Segurança Social (2013) – *Serviço de apoio social aos idosos*. - <http://www4.seg-social.pt/idosos>, pesquisado em 14/12/2013:22:40.
- Sequeira, Carlos – (2007) – *Cuidados no Idoso dependente* – Coimbra – Quarteto Editores.
- Sequeira, Carlos – 2010 – *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* – Lisboa – Lidel.
- Serrano, G. (2008) - *Elaboração de Projetos Sociais*. Porto: Porto Editora
- Silva, A (2012) *A colaboração dos avós na educação dos netos*. Revista Interfaces Científicas - Educação • Aracaju • V.01 • N.01 • p. 67-75 • out.
- Silva, A (2011) – *Desenvolvimento infantil*. Lisboa - Climepsi
- Silva, A (2004) – *Desenvolvimento de competências sociais nos adolescentes*. Lisboa - Climepsi.
- Silva, A., Pinto, J. – *Metodologia das Ciências Sociais* – Porto – Edições Afrontamento

Simões, A. (2005) – *Envelhecer bem? – Um modelo*. Revista Portuguesa de Pedagogia. 39(1), 217-227.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2006) *Envelhecer em Família*. Porto - Âmbar.

Tuckman, B. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa - Fundação Calouste Gulbenkian.

Vilelas, J, (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa - Edições Sílabo.

[www.4.seg-social.pt/documents/10152/63350/Revista_pretextos_nº15/Março 2004](http://www.4.seg-social.pt/documents/10152/63350/Revista_pretextos_nº15/Março%202004)). in *Mensagem do Secretário Geral da ONU – 10º aniversário Dia Internacional da Família*. – Pesquisado em 20/03/2014: 22:15.

ANEXOS

Anexo I – Declaração do Consentimento Informado

Anexo II – Declaração do Termo Confirmado

Anexo III – Questionário Sociodemográfico

Anexo IV – Guião da Entrevista aos Cuidadores Informais

Anexo V – Material em suporte digital (DVD).

A N E X O S

ANEXO I

(Declaração do Consentimento Informado)



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PORTALEGRE

MESTRADO DE GERONTOLOGIA SOCIAL

ASSUNTO: DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo.Sr.(a):

No âmbito do curso de Mestrado de Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Portalegre, o Mestrando ANTÓNIO GONÇALVES GRÁCIO, inscrito nesta Escola com o nº 9833, está a realizar um estudo sobre “ Os Impactes Percecionados pelos Cuidadores Informais”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a ANA ISABEL MATEUS SILVA.

Através do instrumento de colheita de dados, a entrevista semiestruturada, pretende-se obter informações relativas aos impactes sentidos por quem cuida de um familiar idoso dependente. É fundamental conhecer as experiências e expetativas dos cuidadores informais, para que se possa compreender as suas necessidades e definir estratégias que consigam fornecer o suporte adequado.

Os dados fornecidos, só serão utilizados no âmbito deste estudo e será garantida a confidencialidade dos mesmos e obedecerão à condição de anonimato.

Os resultados relativos ao seu familiar poderão ser-lhe facultados, desde que o solicite.

Por toda a colaboração prestada, manifestamos desde já o nosso agradecimento.

O investigador deste trabalho: António Gonçalves Grácio, é licenciado em Serviço Social e Mestrando do curso de Mestrado de Gerontologia Social e da Saúde, pela Escola Superior de Educação de Portalegre.

Portalegre,

A Orientadora:

O Mestrando:

ANEXO II

(Declaração do Termo Confirmado)



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PORTALEGRE

MESTRADO DE GERONTOLOGIA SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: Os Impactes Percecionados pelos Cuidadores Informais

Eu, abaixo assinado, _____
declaro ter entendido a informação que me foi fornecida sobre o estudo. Estou consciente dos objetivos e procedimentos, bem como do papel do investigador e do meu papel enquanto participante neste estudo, tendo-me sido dado a oportunidade para esclarecimento de dúvidas.

Foi-me dada a garantia de que a recusa em participar, não acarreta prejuízo na qualidade do acesso e dos cuidados prestados ao doente e de que a informação obtida através desta entrevista, é confidencial e servirá apenas para a realização deste estudo. Aceito realizar a entrevista, com recurso a um gravador de áudio, assegurando que a minha participação é inteiramente voluntária.

Portalegre, _____, de _____ de 2013

Assinatura:

ANEXO III

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PORTALEGRE

MESTRADO DE GERONTOLOGIA SOCIAL

QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO DOS CUIDADORES INFORMAIS.

Responda ao item que estiver mais de acordo com a sua situação.

1- Idade _____ Anos

2 – Género

-Masculino....._____Feminino....._____

3 – Estado Civil

-Solteiro(a)_____Casado_____Viúvo_____Divorciado _____

4- Qual é a sua profissão? _____

5 -Qual é a sua situação laboral? _____

Trabalha____Reformado____Desempregado____Doméstica____

6- Número de elementos do agregado familiar? _____

7- Quais são as suas habilitações literárias? _____

8-Qual é o seu parentesco com a pessoa a quem presta cuidados? _____

9-Há quanto tempo o seu familiar precisa de ajuda? _____

10- Vive na mesma habitação que o familiar a seu cargo? _____

Não _____Sim_____Esporadicamente_____

ANEXO IV

Guião da Entrevista aos Cuidadores Informais



ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PORTALEGRE

MESTRADO DE GERONTOLOGIA SOCIAL

GUIÃO DA ENTREVISTA AOS CUIDADORES INFORMAIS

- 1 – O que o/a levou a ser cuidador informal?
- 2 – O que sentiu, quando se apercebeu que a responsabilidade dos cuidados ao seu familiar iam ficar a seu cargo?
- 3 - Quais foram as alterações na sua vida familiar, social, laboral ... quando começou a cuidar do seu familiar?
- 4 – Como se sente por ter assumido a responsabilidade da prestação de cuidados?
- 5 - Sente-se insegura com o que tem que fazer ao seu familiar ... a sua higiene, ajuda-lo a levantar, ajuda-lo a deitar, na tomada de medicação ...?
- 6 - Porque não optou por institucionalizar o seu familiar?
- 7 - Acha que a sua saúde foi afetada por estar a cuidar do seu familiar?
- 8 - Acredita que o seu familiar pensa que você é a única pessoa capaz de lhe prestar cuidados?
- 9 – Já recorreu a algum apoio de enfermagem, ou financeira desde que cuida do seu familiar?
- 10 - Já fez alguma formação na área do cuidador?
- 11 – Que apoios deviam existir para quem cuida de um familiar idoso dependente no domicílio?
- 12 – Quais são para si as vantagens e as desvantagens de cuidar de um familiar idoso, numa aldeia em meio rural e numa localidade em meio urbano?
- 13 - Existe algum episódio na sua prestação de cuidadora que tenha tido mais dificuldades e nos queira contar e o que fez para resolver a situação?

